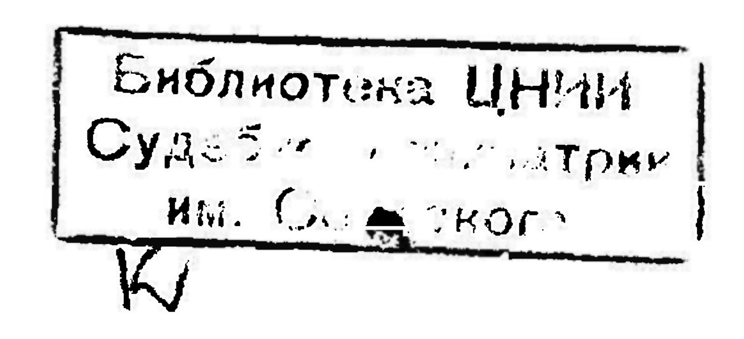
ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ АМН СССР

НИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

ГЛОССАРИЙ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И СОСТОЯНИЙ

(Методическое пособие
для унифицированной клинической оценки
психопатологических состояний)



Москва 1990

Составители: докт. мед. наук, профессор А.К. Ануфриев, докт. мед. наук Ю.И. Либерман, докт. мед. наук В.Г. Остроглазов.

Глоссарий включает описания широкого круга психопатологических синдромов - от начальных проявлений основных психических заболеваний до их исходов и состояний дефекта. Он может быть использован для дифференцированной и стандартизованной оценки психической патологии в клинической практике и при клинико-эпидемиологических исследованиях.

Глоссарий адресован практическим врачам и научным работникам в психиатрии и пограничных с нею областях.

Технический редактор М.В. Чумак Корректор Р.Я. Акшинцев

Сдано в набор 06.07.90 Подписано в печать 01.08.90
Формат 60× 84 1/16 Печать офсетная
Усл.печ. л. 7,0 Усл.кр.-отт. 6,65 Уч.-изд.л. 5,0
Тир. 5500 экз. Зак. 5369 Цена 1 р.

Производственно-издательский комбинат ВИНИТИ
140010, Люберцы 10, Московской обл.,
Октябрьский проспект, 403

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий глоссарий включает широкий круг психопатологических синдромов - от начальных проявлений основных психических заболеваний до их исходов и состояний дефекта. Он является результатом многолетних исследований психической патологии, осуществляемых НИИ клинической психиатрии и НИИ профилактической психиатрии Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР. За его основу были взяты материалы, содержащиеся в трех ранее опубликованных и апробированных глоссариях: 1) Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: М., 1970 (сост. Н.М. Жариков, Ю.И. Либерман); 2) Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста: М., 1971 (сост. Э.Я. Штернберг, Е.К. Молчанова, М.Л. Рохлина); 3) Глоссарий пограничных психопатологических синдромов и состояний: М., 1988 (сост. А.К. Ануфриев, В.Г. Остроглазов)[1].

Данный глоссарий, не являясь полным перечнем синдромов, исчерпывающим всю психическую патологию, тем не менее охватывает весьма широкий ее круг и может послужить методическим инструментом при проведении популяционных клинико-эпидемиологических исследований в психиатрии. В его основу были положены следующие методологические принципы: 1) понятие синдрома как нозологически неспецифического проявления болезни и клинической единицы первого порядка (А.В. Снежневский); 2) опора на общепсихопатологические и общепатологические категории патологического состояния (pathos, по А.В. Снежневскому), патологического процесса (nosos), понятия синдрома, негативного и позитивного, дефекта. Использование этих принципов позволяет обеспечить объективность и унифицированность клинической оценки состояний больных разными исследователями независимо от тех или иных клинико-нозологических концепций. Такой подход продолжает клинические традиции отечествен-

---

1) Синдромы, обозначенные кодами 015.0, 022.0, 049.0, 0.76.0 составлены М.А. Лисиной.

ной психиатрии и вместе с тем способствует ориентации глоссария на сближение с новейшими международными диагностическими классификациями психических заболеваний - проект ICD- 10 и DSM -Ш- R.

Глоссарий состоит из 20 разделов и включает 147 синдромов и состояний. Синдромы излагаются в виде последовательного ряда от начальных, непсихотических проявлений болезни, соответствующих наиболее легким регистрам психических расстройств, к более глубоким, психотическим нарушениям и исходным, конечным состояниям.

Данный глоссарий предназначен в первую очередь в качестве методического инструмента для широких популяционных клинико-эпидемиологических исследований, которые в нашей стране только начинаются. Вместе с тем, глоссарий не является закрытой системой. Накопление клинического опыта в будущих исследованиях в свою очередь должно способствовать совершенствованию этого инструмента. В соответствии с этим в будущем предполагается как уточнение клинического содержания представленных синдромов, так и включение новых, дополнительных психопатологических синдромов и состояний.

Таким образом, глоссарий может быть рекомендован как методический инструмент для научных исследований, как набор клинических стандартов для синдромальной оценки и идентификации состояний больных в практической врачебной работе, в качестве учебно-методического пособия в преподавании психиатрической синдромологии и эпидемиологии. Он также может быть адаптирован к задачам международных клинико-эпидемиологических исследований психического здоровья. Исходя из этого глоссарий адресован широкому кругу практических врачей - представителей основных медицинских специальностей, а также научным работникам и преподавателям в области психиатрической эпидемиологии, обшей психопатологии и организации служб психического здоровья.

В.С. Ястребов

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ТИПЫ[1)]

Представляют собой не относящиеся к патологическим процессам конституциональные аномалии, которые характеризуются глубокой, тотальной и стойкой дисгармонией индивидуума, определяющей весь его патопсихический склад (наличие отдельных психопатических или акцентрированно-личностных черт не дает оснований для констатации психопатий). К психопатиям относятся только такие личностные аномалии, от которых страдает или сам индивидуум или общество (К. Шнайдер) и которые в силу своей выраженности препятствуют социальной адаптации личности (П.Б. Ганнушкин).

1. АСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП 001. 0

Астеникам свойственны повышенная раздражительность, чувствительность, истощаемость и непереносимость психических и физических нагрузок. Раздражительная слабость, быстрая утомляемость сочетаются иногда с выраженной вегетосоматической лабильностью в виде преходящих функциональных расстройств: гипергидроз, повышенная сердечно-сосудистая лабильность и т.д. Утомление проявляется как физической, так и психической слабостью с рассеянностью внимания (трудностью его концентрации), забывчивостью. В связи с этим у таких лиц легко возникают защитные реакции, то пассивного вида, как плач, капризы, то активного – с попытками избежать дополнительных нагрузок или организовать щадящий режим. Их отличают робость, неуверенность, чувство собственной несостоятельности, малодушие, сочетающееся с повышенной обидчи-

---

1) Психопатии не являясь в научно-клиническом смысле болезнями (нозологическими единицами), но оставаясь патологической категорией, включаются в силу этого в современные классификации болезней. Поэтому термин "психопатия" нельзя смешивать с медицинским диагнозом (К. Шнайдер).

востью, склонность к фиксации внимания на собственном здоровье.

Иногда этому конституциональному типу присущи разнообразные, распространяющиеся на телесную сферу расстройства: колебания веса тела, дисфункции внутренних органов, длительный субфебрилитет после незначительных простудных или других заболеваний, носовые кровотечения, особая чувствительность к болям и др. Эти особенности выявляются уже с детства. В последнем случае иногда говорят о невропатическом состоянии.

2. ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЙ ТИП 002. 0

Наиболее характерные черты психастеников - неуверенность в своих мыслях, действиях, поступках, склонность к сомнениям, нерешительность в выборе линии поведения. Это обусловливает переживание неполноты, незавершенности принимаемых решений. Им свойственны постоянные самопроверки, трудности при изменении жизненного стереотипа, склонность к опасениям за свое психическое и соматическое здоровье. У этих лиц часто наблюдается педантичность, скурпулезность в выполнении обязанностей, за которыми скрывается тревожная неуверенность в своих суждениях, намерениях и поступках.

В рамках психастении можно выделить два варианта: 1) тревожно-мнительный характер (С.А. Суханов) и 2) ананкастический (К. Шнайдер). Для лиц тревожно-мнительного склада характерны робость, застенчивость, боязливость. Они склонны к формированию разнообразных тревожных опасений и соответствующих личностных комплексов. Личностям ананкастного типа больше свойственны педантизм и консерватизм во взглядах. Эти лица обнаруживают склонность к фиксации на тех или иных невротических реакциях, порой с выполнением ритуалов.

3. ШИЗОИДНЫЙ ТИП 003. 0

Одним из основных признаков является психэстетическая пропорция Кречмера: сочетание черт чрезмерной чувствительности и эмоциональной холодности. Для них характер-

ны отсутствие внутреннего единства и причудливая парадоксальность в психической жизни, внешнем облике и поведении. Преобладание гиперэстетических, либо анестетических элементов в структуре шизоидной психопатии характеризует два подтипа: 1) сензитивные шизоиды и 2) экспансивные шизоиды. Возможно сочетание этих свойств, когда наряду с обидчивостью, неуверенностью имеет место стремление утвердить свои действия идеи, активная их защита. Их моторика, мимика, весь облик в целом лишены пластичности, живой подвижности и нередко не соответствуют чувствам и суждениям.

Другой характерной для шизоидов чертой является выраженный в различной степени аутизм. При этом, как правило, отмечается довольно ограниченная и избирательная общительность. Иногда лица шизоидного склада могут быть внешне общительны, контактны, при этом чаще всего оставаясь сухо формальными. Вместе с тем, их внутренний мир, как правило, наполнен актуальными переживаниями и фантазиями, которые в совокупности создают необычное, не соответствующее окружающей их действительности мировоззрение, что существенно затрудняет адаптацию. Наряду с этим шизоиды в абстрактных суждениях и творчестве иногда обнаруживают черты нового, оригинального, самостоятельного.

4. ЦИКЛОИДНЫЙ ТИП 004. 0

Аномальных личностей циклоидного типа характеризует пониженный или повышенный фон настроения - вне отчетливой зависимости от внешних причин.

Среди них выделяются три типа: 1) собственно циклоидов, которые определяются биполярным чередованием настроения; 2) конституционально гипотимных (депрессивных) и 3) конституционально гипертимных. Депрессивные характеризуются грустным настроением и видом, некоторой замедленностью действий, неспособностью разделять общее веселье. Зачастую их депрессивность проявляется не открыто, а преимущественно через пессимистические суждения, которые включают пониженную самооценку по сравнению с окружающими, переживания по поводу своей "ущерб-

ности", а также через более глубокие реакции с пониженным настроением по незначительным поводам. Углубление подавленности у конституционально депрессивных обусловливает несостоятельность в привычной деятельности, делает их нетрудоспособными, что в свою очередь усиливает пессимизм. Конституционально гипертимные - это жизнерадостные, но поверхностные, беспечные, болтливые, слабо реагирующие на отрицательные моменты жизни индивидуумы.

Чрезмерное повышение настроения с оживлением чувства жизнерадостности сопровождается снижением контроля к своим поступкам, разбросанностью в деятельности и в конечном счете обусловливает снижение продуктивности в работе или вызывает конфликтные ситуации. У собственно циклоидов могут наступить обе формы дезадаптации, но преимущественно повторяется какая-то одна из них.

5. ВОЗБУДИМЫЙ (ЭПИЛЕПТОИДНЫЙ) ТИП...005. 0

Для таких личностей свойственна возбудимость в сочетании с вязкостью и застреваемостью аффективных реакций в виде недовольства, угрюмости, напряженной молчаливости. Легко возникают выраженные разряды с приступами гнева, иногда ярости и брутальности. Они надолго фиксируются на отрицательных эмоциях, проявляя злопамятность и лицемерие, становясь одновременно жестокими и грубыми с окружающими. В подростковом и юношеском возрасте нередко склонны к асоциальным поступкам, причем в этом плане стремятся к лидерству с настойчивостью и упорством, пытаясь подчинить себе сверстников. Дезадаптация обычно выливается в картину острых конфликтных ситуаций, которые нередко граничат с правонарушением против личности.

6. ИСТЕРИЧЕСКИЙ ТИП 006. 0

Основным свойством этого типа является несоответствие притязаний потенциальным возможностям личности, что выражается в стремлении истериков казаться больше, чем они есть на самом деле, и демонстрировать пережива-

ния большие, чем в действительности. С этим главным свойством тесно связана другая характерная черта – театральность, неестественность, избыточная яркость эмоциональных проявлений, ложная многозначительность, демонстративность, жажда признания, лживость с маскировской низкой продуктивности "кипучей деятельностью", со стремлением заслужить похвалу, оказаться в центре внимания. Этому соответствует богатство мимических и выразительных движений.

Декомпенсации могут сопровождаться формированием т.н. конверсионных, либо более глубоких нарушений вплоть до истерических сумерек, пуэрилизма, псевдодеменции. Для истериков характерны самовнушаемость и повышенная внушаемость в первую очередь со стороны идеализируемых ими личностей. Резкие колебания эмоциональных проявлений находятся в тесной зависимости от внешней ситуации. В целом, истерики, как правило, инфантильны, прежде всего – психически. В данный аномальный тип включаются краевые подтипы – мифоманы и псевдологи со склонностью к безудержному фантазированию вплоть до того, что они начинают эпизодически существовать в воображаемом мире, в вымышленных ситуациях.

7. НЕУСТОЙЧИВЫЙ ТИП (БЕЗВОЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТИ) 007. 0

Основным свойством психопатии этого типа является слабоволие и неспособность противопоставить себя внешним обстоятельствам и влияниям окружения. Такие лица податливы, простодушны, легко идут на поводу у других, будучи не в состоянии решительно отказаться от многочисленных соблазнов, порой чреватых опасными последствиями. Они часто легкомысленно меняют род занятий, собственные планы под влиянием внешних, зачастую случайных и не имеющих особого значения обстоятельств. В своей работе, учебе они не способны реализовать потенциальные, творческие и интеллектуальные возможности из-за изменчивости увлечений, летучести интересов. В целом адаптированная и даже вполне удовлетворительная линия жизни

легко нарушается при первом испытании каким-либо из соблазнов. Все, что привлекает и соответствует непосредственному удовлетворению, оказывает на них исключительное влияние. Соблазны имеют многообразный вид (деньги, модная, экстравагантная одежда, сексуальные побуждения и т.п.). Нестойкость перед соблазнами обуславливает совращения, приводит к подражанию из боязни подвергнуться насмешкам со стороны сверстников. В этом подчинении своим наклонностям дело доходит у девушек до замаскированной проституции ("чтобы не отстать от элегантных подруг") у подростков и юношей - до криминогенных эпизодов. Будучи мягкими по характеру, они легко раскаиваются и затем опять "грешат". Поэтому они нередко производят впечатление душевных людей, хотя на самом деле их отношение к переживаниям окружающих остается хладнокровным.

8. ПАРАНОИЧЕСКИЙ ТИП 008. 0

Наиболее типичным свойством параноиков является склонность к формированию сверхценных идей, которые могут подчинять все другие интересы и в конечном счете определять поведение индивидуума. Это самоуверенные субъекты с гипертрофированным чувством собственного достоинства и превосходства. В своих притязаниях они очень настойчивы и напористы и в силу ригидной активности не щадят ни других, ни себя. Активность легко воспламеняется по формальным разногласиям и развертывается в нередко возникающих случаях противоборства с окружающими по тем вопросам и обстоятельствам, которые в той или иной мере затрагивают их интересы. Упорные, упрямые действия параноиков осуществляются без оглядки на отрицательные последствия и несмотря на получение в ответ ударов извне. Из-за заостренного, но формального чувства справедливости они закостенело придерживаются намеченной цели. При этом утрачивается способность разрешения спорных вопросов или конфликтной ситуации в плане здравого смысла, а неизменно остается установка по принципу "кто не со мной, тот против меня". Отсюда легкое возникновение сутяжно-кверулянтных картин, для развития которых имеет значение и внешняя

социально-культурная среда (например, форма бюрократии, способствующая письменной агрессии кверулянтов). Параноики чрезмерно настойчивы в достижении поставленной цели. Препятствия их не останавливают и не вызывают усталости и разочарования. В борьбе за свои идеи они не жалеют ни себя, ни своих ближних. Оценить их идеи и цели с точки зрения адекватности и осмысленности иногда бывает трудно, вследствие формальной логичности, с одной стороны, и эмоциональной насыщенности, с другой. Это часто привлекает людей на их сторону, вербуя последователей и приводя к чрезмерному утяжелению уже возникших противоречивых ситуаций социального характера. Так возникает картина двух видов фанатизма. Первый вид характеризуется открытой и активной пропагандой своих идей и восторженным поклонением приверженцев (например, в направлении парапсихологии, оккультизма или религиозного сектантства). Это экспансивный фанатизм. При картине матового фанатизма (по К. Шнайдеру) параноики являются возбудителями и распространителями мировоззренческих позиций в идейном и общественном смысле. Матовые параноики вовлекают в круг своих притязаний и соответствующих им идей людей, склонных к необдуманному реформаторству, к борьбе за все новое без достаточного взвешивания его ценности и последствий. При незаурядном интеллекте личности того и другого варианта возникает большая опасность привести в движение своих приверженцев, что иногда чревато нежелательными общественными последствиями.

9. ЭМОЦИОНАЛЬНО ТУПЫЕ (АФФЕКТИВНО ХОЛОДНЫЕ, БЕСЧУВСТВЕННЫЕ). 009. 0

Основной чертой личностей такого аномального склада является душевная тупость по отношению к другим. Даже к близким у них нет чувства сопереживания и сострадания. Наряду с этим, у них нет ни совести, ни стыда; это "моральные анестетики". Такие личности очень хорошо знают моральные законы, но "не чувствуют" их, не следуют им. Они часто совершают сексуальные нарушения с садистическими актами и даже убийства "из интереса". По К. Шнайдеру, другие люди для них представляют объек-

ты удовлетворения желаний и притязаний. В то же время среди такого типа людей нередко встречаются сентиментальные субъекты, которые за пределами межчеловеческих отношений бывают мягкими, например, при обхождении с животными. Для данного психопатического типа характерна большая частота преступлений против личности. Поэтому с ними часто сталкиваются юристы и судебнопсихиатрические эксперты.

10. ПРОЧИЕ, НЕУТОЧНЕННЫЕ ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ТИПЫ 010. 0

К ним относятся психопатические личности, дифференциация которых затруднена из-за выраженной смешанности аномально личностных свойств.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

11. АСТЕНИЧЕСКИЙ (НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ) 011. 0

Основным симптомом является раздражительность, которая проявляется также в повышенной вспыльчивости, возбудимости, волнении и сочетается со слабостью, истощаемостью. Пациенты жалуются на быстро появляющееся чувство физической и умственной усталости, неспособности к длительному напряжению. Довольно характерны расстройство сна (нарушение засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями и т.п., чувство сонливости в дневное время) и вегетативные нарушения, среди которых наиболее часты лабильность сосудистого тонуса, преходящие колебания артериального давления, пульса, общий и местный гипергидроз.

Выделяют гиперстенический и гипостенический вариант неврастенического синдрома. Для гиперстенического варианта характерно снижение порога возбудимости, что проявляется в форме раздражительности, чувстве внутреннего напряжения, явлениях астенического ментизма, в суетливой повышенной деятельности. При гипостеническом варианте на первый план выступают явления общей слабости, истощаемости, утомляемости, сопровождающиеся заметным снижением работоспособности.

12. ВИТАЛЬНО-АСТЕНИЧЕСКИЙ 012. 0

Основным симптомом является чувство телесной и психической слабости, вялости, вплоть до немощности и бессилия.

Оно ощущается всем телом или более интенсивно проявляется в мышечном чувстве определенных областей (например, в спине, конечностях). Телесная немощь, расслабленность сочетается с тягостным чувством дискомфорта, напряженности, невозможности расслабиться. Больные жалуются на физическую изможденность, прибегая к образным сравнениям для обозначения сомато-психического дискомфорта ("разбитость", "раздавленность"). Характерны неопределенные тяго-

стные безболевые ощущения в голове и рассеянность, легкая отвлекаемость внимания. С этим связаны жалобы на снижение возможности сосредоточения, устойчивости внимания, затруднение усвоения информации, трудности запоминания, что сочетается с озабоченностью своим психо-соматическим благополучием. Имеется расстройство глубины сна и ритма сон - бодрствование.

В отличие от предыдущего неврастенического синдрома, этот вид астении характеризуется тягостным, мучительным (т.е. гиперпатическим) тоном телесного дискомфорта и общего недомогания. Кроме того, его возникновение не связано с физической или психической нагрузкой, эта астения не проходит в покое, при отдыхе и после ночного сна. Наоборот, тотальное чувство слабости часто более выражено по утрам.

13. СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИЙ 013. 0

В основе этого синдрома лежит тягостное самочувствие, которое выражается яркими патологическими ощущениями в различных частях тела. Эти ощущения, хотя и называются пациентами "болями", в отличие от них динамичны, менее определенны, необычны и странны для больного, сопровождаются беспокойством, тревогой и страхом. В противоположность расстройствам чувствительности при органопатологии, они не зависят от поражения органов и представляют собственно расстройство общего чувства[1]. В них спаяны и неразделимы черты телесных ощущений и аффектов. Эти явления не поддаются прямому описанию, а передаются больными посредством сравнения, метафор осязательно-пространственного опыта; однако они не приобретают существенных черт восприятия, например, "предметности", сохраняют качество условности, "как если бы" (в отличие от висцеральных галлюцинаций при параноидно-

---

[1] Общее чувство - син. внутренняя чувствительность - син. витальное телесное чувство. Cene-,coene - от греч. koinos - общий. Сенестезия, ценестезия или коэнестезия - общая чувствительность. Сенестопатия (Дюпре и Камю, 1907) - патологическое расстройство общей чувствительности.

ипохондрическом синдроме). Нередко пациенты жалуются на мучительные душевные и телесные переживания, но с необычной телесной проекцией: "тревогу в ногах", "тоску в животе", "тошноту в голове" и т.п. Иногда эти патологические ощущения по своему характеру близки к алгиям и трудно разграничиваются с ними. Такой вид сенестопатий некоторые авторы называют сенесталгиями[2].

Иногда преобладают не локальные проявления расстройства внутренней чувствительности (сенестопатии в узком смысле), а диффузная картина нарушения общего чувства. Последняя проявляется ощущением глобального физического недомогания с тревогой, приступами внезапной телесной слабости, несистемными головокружениями и чувством утраты равновесия и другими подобными переживаниями[3], что свидетельствует об углублении витально-астенической основы.

Спонтанных жалоб на измененное настроение больные не предъявляют. При расспросе первичное расстройство настроения отрицается, а беспокойство, тревога, подавленность переживаются и оцениваются ими как понятная, "естественная" реакция на мучительное самочувствие. Возникающие представления о наличии какого-либо определенного серьезного заболевания мимолетны, больные не отстаивают их, больше полагаясь на мнение врача. Поведение определяется преимущественно стремлением к избавлению от телесного страдания, а не поиском диагноза. Сенестопатии нередко сопровождаются вегетативными расстройствами.

Сенестопатический симптомокомплекс в чистом виде встречается сравнительно редко. Чаще он сочетается со сверхценными ипохондрическими идеями или депрессивными состояни-

---

2) Термин сенесталгии ввел Sicard, чтобы подчеркнуть алгический компонент в сенестопатии. Феноменологическое разнообразие сенестопатий послужило поводом к выделению и других терминов (ценестезии, коэнестезии, коэнестопатии), которым иногда придается значение самостоятельных сущностей. В действительности, они определяют одно и то же расстройство общей или внутренней чувствительности - сенестопатию (см. также сн. 1).

3) См. на стр. 16

ями, выступая в структуре других синдромов (сенесто-ипохондрического, ипохондрической субдепрессии и составляя их психопатологическое ядро.

14. СЕНЕСТО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 014. 0

Это состояние определяется комплексом сенестопатий с выраженной сверхценно-ипохондрической настроенностью. В его основе лежит болезненное самочувствие с неопределенными и мучительными телесными ощущениями, сопровождающимися беспокойством, тревогой и страхом. Последние, как и при сенестопатическом синдроме, могут быть схожими с неприятными ощущениями и болями при соматических заболеваниях (гомономные ощущения, по Глацелю) либо, напротив, существенно отличаться от них своей необычностью и странностью (гетерономные ощущения, по Глацелю). В отличие от параноидно-ипохондрического синдрома, во-первых, эти телесные ощущения не приобретают характера галлюцинаций общего чувства, и, во-вторых, здесь нет стойкой, определенной идеи серьезного заболевания, недоступной переубеждению.

В отличие от сенестопатического синдрома, опасения серьезного заболевания не мимолетны, а напротив, актуальны, аффективно насыщены и заполняют сознание больного. В соответствии с этим, мотивы поведения пациента определяются не столько стремлением к избавлению от мучительности ощущений, "болей", сколько поиском диагноза с целью его уточнения и предупреждения опасных осложнений болезни.

Первичное расстройство настроения, как и при сенестопатическом синдроме, здесь пациентами тоже отрицается. Плохое настроение смешанного субдепрессивно-тревожного вида, как и при ипохондрической депрессии, переживается и мотивируется общим болезненным самочувствием. При

---

3) Феномены тотальных расстройств общего чувства иногда называют коэнестезиями, в отличие от сенестопатий, и выделяют "сенесто-коэнестетический синдром", что представляет тавтологию в терминах (см. сн. 1).

этом синдроме, в отличие от ипохондрической депрессии, тревога и беспокойство преобладают над подавленностью, что находит отражение в патологической установке на поиск болезни с уточнением диагноза. Отсюда - активное стремление к разного рода медицинским обследованиям.

15. СЕНЕСТО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ . . 015. 0

Представляет собой вариант предыдущего синдрома и определяется комплексом сенестопатий, нарушений мышечного чувства[1] и схемы тела, функциональных двигательных расстройств и сверхценных ипохондрических идей. Патологические ощущения проецируются чаще всего на область спины и конечностей и вместе с моторными нарушениями имитируют патологию опорно-двигательной системы. Сенестопатии здесь могут проявляться в широком диапазоне - от простых, гомономных, до странных, гетерономных ощущений. Расстройство мышечного чувства проявляется в виде тягостных, порой неотступных ощущений в мышцах, имеющих механический, динамический характер, например, "напряжение", "скованность", "невозможность напрячь и расслабить мышцы", "подергивания" и т.п. Нарушения схемы тела чаще всего затрагивают опорно-двигательный аппарат и могут иметь как простой, так и сложный характер.

Патологические ощущения сочетаются с разнообразными двигательными нарушениями произвольного и непроизвольного типов, возникающими обычно в месте проекции ощущений. Произвольные двигательные расстройства совершаются с целью облегчения и защиты от лежащих в их основе мучительных соматопсихических ощущений и остаются подвластными волевому контролю. Они могут быть представлены гиперкинетическими феноменами -"синдромом беспокойных ног", рук, акатизией, тасикинезией, - или, напротив, акинетичес-

---

[1] Мышечное чувство в норме носит смутный, неотчетливый характер, находится ниже уровня активного внимания и сознания - "темное чувство", по И.М. Сеченову.

кими нарушениями - болевой обездвиженностью (akinesia algera, Möebius'a).

Непроизвольные двигательные расстройства совершаются помимо воли больных или вопреки ей, насильственно. Они, как правило, нестойки и носят локальный характер. Обычно это тонические судороги нескольких групп мышц, состояния оцепенения отдельных членов, приступообразные функциональные парезы и параличи, имеющие катаплектические черты, транзиторные насильственные движения пальцами и конечностями и т.п. Иногда возникают приступы внезапного оседания или падения с лежащими в их основе пароксизмальными расстройствами мышечно-суставного чувства. Данные явления нередко сочетаются с ощущениями несистемного внутреннего головокружения, "пустоты в голове", "обрывами" и путаницей мыслей (рудиментарные проявления катаплектических приступов Клооса).

Сверхценно-ипохондрическая настроенность проявляется опасениями и предположениями о каком-то серьезном заболевании, чаще всего опорно-двигательной системы. Характерно активное ипохондрическое поведение.

В отличие от паранойяльно-ипохондрического синдрома, ипохондрические идеи при этом состоянии остаются обратимыми, находятся в тесной связи с интенсивностью патологических ощущений и доступны психотерапевтической коррекции.

Данный синдром имеет самостоятельное клиническое значение, поскольку обычно не распознается и неверно расценивается как заболевание опорно-двигательной системы, чаще всего остеохондроз позвоночника.

16. ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 016. 0

Этот синдром определяется сочетанием двух взаимосвязанных феноменов- обсессий (навязчивостей) и фобий (страхов), часто возникающих в виде пароксизмального эффекта страха, а затем протекающих в смягченном виде. В соответствии с этим фобическая тревога может варьировать в интенсивности от умеренного беспокойства до панического страха, ужаса. Содержание этих опасений и страхов многообразно, однако, как правило, они сводятся к представлениям

угрозы существованию – биологическому (танатофобия), психическому (диспсихофобия)[1] или социальному (опасение произвести на окружающих впечатление личностной неполноценности, ущербности).

Из этих основных страхов развиваются разнообразные вторичные навязчивые опасения, обычно связанные с внешними объектами и ситуациями, которые в действительности не являются опасными. Это навязчивые страхи темноты, одиночества, узких, замкнутых или открытых пространств, острых предметов, путешествий в поездах, автобусах, самолетах и метро, опасения сконфузиться или попасть впросак, покраснеть, страх загрязнения-заражения, высоты и т.д. Обсессии и фобии у пациента обычно объединены общим содержанием.

Больные чаще всего сознают, что степень опасности или угрозы ими преувеличивается, особенно при смягчении фобической тревоги. Однако это частичное критическое отношение и знание, что другие не рассматривают эту ситуацию как действительно опасную, не приводит к исчезновению фобии. В результате подобные ситуации и объекты обычно избегаются, иногда в силу опасения перед возникновением связанного с ними страха (т.н. фобофобия). В индивидуальных наблюдениях тяжесть фобической тревоги и выраженность ее преодоления варьируют в широком диапазоне. Иногда ограничивающее влияние фобий делает пациентов совершенно привязанными к дому, и они покидают дом только в сопровождении близких. Отсутствие возможности экстренной помощи или немедленного выхода является одним из ключевых моментов многих фобий.

---

1) Страх смерти чаще всего связан с тягостными ощущениями в области сердца и обычно обозначается как кардиофобия. На этимологическое несовершенство этого укоренившегося термина (не существует страха просто сердца) справедливо указывали Куленкампф и Бауэр (1960). Термин диспсихофобия введен А.К. Ануфриевым. Он представляет широкий диапазон страхов психического расстройства от потери самоконтроля, боязни потерять сознание на виду у посторонних до страха безумия и полной утраты способности мыслить.

Синдром включает витальную астеническую или сенестопатическую основу[1], которая затушевана более яркой симптоматикой, но становится очевидной при обратном развитии фобических приступов. В этих случаях появляются или резко усиливаются различные неприятные ощущения в теле, чаще в области сердца; возникает страх за свое здоровье, больному кажется, что он уже умирает, что все кончено (танатофобия). При диспсихофобии резко нарушается концентрация внимания, возникает дезорганизация мышления вплоть до путаницы, хаоса мыслей, остановки или перерыва мыслей и т.д. С усилением последних явлений на короткий срок у больных появляется не только страх, но и чувство, что они "сходят с ума". Обычно в течение нескольких дней или даже часов это состояние проходит, чтобы через некоторое время повториться.

Эти опасения (в отличие от сверхценных ипохондрических идей, которые переживаются как собственные) по миновании остроты проявлений сопровождаются сознанием чуждости, а в светлые периоды - пониманием их необоснованности.

17. АНАНКАСТНЫЙ (ОБСЕССИВНЫЙ) . . 017. 0

Этот синдром характеризуется навязчивыми чувствами, представлениями, воспоминаниями, побуждениями и действиями.[2] Содержание их многообразно, однако в основе его лежит неуверенность в себе, собственной личностной полноценности и навязчивая идея угрозы личной безопасности[3]. Последнее сближает данный синдром с предыдущим, обсессивно-фобическим, они оба описываются в одном ряду навязчивых явлений.

---

1) См. синдромы № 12, 13.

2) В психиатрической литературе англоязычных стран, а также & CD-9 и в проекте & CD-10 навязчивые влечения со стереотипными моторными актами (обсессивные ритуалы) обозначаются как компульсивные расстройства.

3) В соответствии с этим основным переживанием этот синдром обозначается как ананкастный. Ananke (греч.) - рок, судьба.

Поведение характеризуется чрезмерным самоконтролем и щепетильностью, постоянными проверками, иногда – стереотипными действиями и поступками, имеющими значение символической защиты и заклинаний (обсессивные ритуалы). Ведущие феномены данного синдрома характеризуются чувством субъективного принуждения. Эти навязчивые явления переживаются личностью как зародившиеся в ее сознании, но в то же время как чуждые, нежелательные, неуместные, бессмысленные или даже противоречащие моральной и инстинктивной личностной сути (т.н. контрастные влечения и представления).

Стремление вытеснить и подавить эти мучительные мысли и побуждения сопровождаются общим беспокойством, напряжением, а в выраженных случаях – переживанием раздвоенности и тяжелой внутренней борьбы. Поведение при этом производит впечатление выраженной нерешительности и медлительности либо характеризуется активно повторяющимися проверками со стремлением удостовериться каждый раз, что опасная ситуация не развилась. Стереотипные навязчивые действия нередко нацелены и на снятие тягостного самоощущения (квази-ритуальные поступки). Характерно чувство общего притупления или "несвежести" психической деятельности. Имеются расплывчатые, неопределенные неприятные ощущения в голове. Усилению навязчивостей предшествует дезавтоматизация мышления и усиление вышеописанных тягостных ощущений, что сопровождается общим чувством напряжения и беспокойства.

В отличие ананкастных проявлений психопатии, феномены этого синдрома переживаются в принудительной, непонятной и чуждой сознанию личности форме, сопровождаются критическим отношением; имеется, хотя и колеблющееся чувство и сознание болезни. Эпизодически возникающие подспудные опасения психического расстройства обычно скрываются пациентами.

В отличие от обсессивно-фобического синдрома пароксизмы страха не характерны.

18. АНАНКАСТНЫЙ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ РИТУАЛОВ.................. 018. 0

Данный синдром является дальнейшим развитием предыдущего синдрома и указывает на относительную прогредиентность психического заболевания. Характеризуется выраженным преобладанием ритуальных действий чаще всего при одновременном расширении и углублении лежащих в их основе первичных навязчивостей. В отличие от простого ананкастного синдрома для данного состояния квази-ритуалы не характерны. Преобладают истинные ритуалы, имеющие значение символической защиты. Содержание их носит все более отвлеченный, символический, а иногда и магический характер. В дальнейшем они производят впечатление самостоятельных расстройств, будто бы не имеющих связи с первичными обсессиями, которые распознаются далеко не всегда. В этих случаях отношение больных к навязчивым явлениям и состоянию в целом носит все более формальный характер. Попытки воспрепятствовать выполнению ритуалов встречает активное сопротивление больного. Преобладают сложные и абстрактные формы навязчивостей. В отличие от обсессивно-фобического, для данного синдрома, как и для предыдущего, пароксизмы страха не характерны.

19. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННО-ДЕРЕАЛИЗАЦИОННЫЙ.................. 019. 0

Ведущим в этом синдроме является непосредственное чувство собственной психической измененности, которое отражает качественные расстройства самосознания, или "Я": нарушение переживания простоты, активности, идентичности "Я" и противоположности внешнему миру. Собственные психические процессы утрачивают естественный, непосредственный характер и как бы отчуждаются. Обычно более выражены эти расстройства в какой-либо из сфер (по Wernicke)и, в соответствии с этим говорят об аутопсихическом, соматопсихическом или аллопсихическом отчуждении. При этом полного отчуждения своих мыслей, действий и поступков еще нет.

Собственные психические процессы, ощущения собственного тела или внешние объекты и окружение кажутся качественно измененными, отдаленными или действующими автоматически, будто нереальными. Больные переживают свои ощущения, чувства, мысли, побуждения и действия как собственные и, вместе с тем, воспринимают всего себя будто со стороны. Нередко жалуются на чувство собственной раздвоенности.

Типично наличие интроспективного сдвига и чрезмерной рефлексии. Переживаются эти состояния очень тягостно. Довольно часто деперсонализация сочетается с явлениями дереализации. Вытекающее из деперсонализации расстройство сознания соотнесенности "Я" и внешнего мира сопровождается чувством оторванности от окружающего. В этих случаях больные жалуются, что воспринимают мир иначе, все кажется блеклым, безжизненным, искусственным, нереальным, "будто во сне".

Сохранение в этих феноменах качества "как будто" и критическая оценка их как субъективных отличают этот синдром от бредовых синдромов сходного содержания. При этом обычно имеется чувство и сознание болезненности происходящего изменения своей соматопсихической целостности. Опасения глубокого психического расстройства чаше всего подавляются и скрываются. Патологические ощущения расплывчатые, неопределенные, большей частью концентрирующиеся в голове, затушевываются общим тягостным чувством собственной измененности. Рассказы о самочувствии обычно детальны, многословны и сопровождаются подробным анализом наблюдаемых расстройств. Если описанные переживания принимают навязчивый характер и перемежаются фобическими пароксизмами, то состояние следует квалифицировать как обсессивно-фобическое.

Данный синдром в чистом виде наблюдается нечасто. Чаще этот симптомокомплекс входит в структуру других синдромов, например, депрессивных, обсессивных и некоторых синдромов помрачения сознания (например, при эпилептической ауре).

Квалификация данного синдрома подразумевает в качестве необходимого условия отсутствие клинических признаков помрачения сознания.

20. НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВЕГЕТО-СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ 020. 0

Синдромы невротического вида обычно включают вегето-соматические нарушения, выступающие с ними в едином комплексе. В группе данных синдромов описываются состояния, в которых на фоне астенического, сенестопатического, обсессивно-фобического, деперсонализационно-дереализадионного и других невротического уровня нарушений функциональные расстройства органов (или систем) настолько преобладают в клинической картине, что имитируют соматическую патологию. Они выражаются в объективных расстройствах функции сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, двигательной и других систем. Наблюдаются две разновидности этого синдрома: преимущественно органный, при котором нарушения ограничиваются какой-либо одной анатомо-физиологической системой, и общий, при котором имеются расстройства в нескольких системах.

В связи с основной ролью в генезе нарушений деятельности органов вегетативной нервной системы указанные расстройства иногда подразделяют на симпатикотонические (например, наличие тахикардии, артериальной гипертензии, гипертермии), парасимпатикотонические (брадикардия, артериальная гипотония, гиперсаливация) или выделяют смешанные вегетативно-патологические состояния, которые встречаются чаще, чем в чистом виде.

Кроме того, выделяются так называемые вегетативные кризы соответственно также в трех видах: 1) симпатоадреналовые (при наличии тахикардии, чувстве озноба, высокой артериальной гипертензии, онемении конечностей и т.д.); 2) вагоинсулярные (при наличии чувства "замирания", "приостановки" сердца, перебоев в нем, нехватки воздуха (удушья), гипергидрозе, полиурии и т.д.; 3) смешанная картина этих явлений, также возникающих пароксизмально.

Практически функциональные вегето-соматические расстройства целесообразно подразделять применительно к преобладанию их в той или иной анатомо-физиологической сис-

теме: сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, опорно-двигательной и т.д.[1]

21. НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОВ ЧУВСТВ 021. 0

К данному состоянию в первую очередь относятся пограничные невротического вида синдромы, описанные выше, при которых обнаруживаются нарушения зрения и слуха, реже - обоняния, вкуса и тактильного чувства. К нарушениям зрения относятся астенопия (аккомодативная, цветовая и пр.), физиологическая диплопия (моно- и бинокулярная), двустороннее концентрическое сужение зрения (без изменения границ поля зрения на красный цвет), фотопсия, метаморфопсия, макропсия и микропсия, дисмегалопсия и порропсия, амавроз или амблиопия преходящего характера. Последнее расстройство чаще всего возникает внезапно, нередко обусловлено внутренней конфликтной ситуацией. Функциональный амавроз и концентрическое сужение поля зрения характерны для истерической картины , астенопия, диплопия, метаморфопсия, фотопсия встречаются и при других невротического вида картинах.

К нарушениям слуха в первую очередь относится временная глухота, при которой у больных сохраняются реакции на неречевые звуки, несмотря на жалобы на полную утрату слуха.

При этом характерно сочетание с гипо- и анестезией кожи ушных раковин, иногда с оталгией, а в более выраженных и упорных случаях - с мутизмом (сурдомутизмом). Довольно частым признаком при невротического вида синдромах является гипогевзия, хотя больные активных жалоб на понижe-

---

[1] Поскольку число функциональных вегето-соматических расстройств чрезвычайно велико, то для описания их потребовался бы специальный глоссарий. Поэтому все отчетливые вегето-соматические расстройства, которые при синдроме невротического вида выступают на передний план и этим самым усугубляют маскирование психического заболевания, кодируются данным синдромом, независимо от их вида.

ние вкуса не предъявляют, и лишь изредка встречается агевзия.

Гиперестезия, гипестезия, реже анестезия - частые явления при многих невротического вида картинах. Реже наблюдаются различные синестезии.

Характерной особенностью для нарушения чувствительности при невротического вида синдромах является возникновение их на ограниченных определенных участках тела на одной его половине (например, всей или только части конечности в виде носка, перчатки и пр.). Такая локализация не соответствует ни территориям иннервации чувствительных корешков, ни областям распространения отдельных нервов (например, при брахиалгии или т.н. блуждающем неврите).

Обычно больные с невротического вида состояниями активно не предъявляют жалобы на расстройства чувствительности; последние выявляются чаще всего, когда врач сосредоточивает их внимание на этом.

22. НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ 022. 0

К этому синдрому относятся преходящие, эпизодически или периодически возникающие гемипарезы или гемиплегии, монопарезы или моноплегии, парапарезы или параплегии, очень редко - случаи тетрапареза или тетраплегии вплоть до полной обездвиженности. При этом характерно несоответствие проекции двигательных расстройств топографическим зонам иннервации. Это скорее т.н. параличи воли. Спастические парезы и параличи нередко сопровождаются функциональными контрактурами соответствующих групп мышц. Последние могут быть особенно упорными при спастической кривошее, блефароспазме. Своеобразным двигательным расстройством невротического вида является функциональная дизбазия, астазия-абазия, при которой системная акинезия ограничивается лишь актом стояния и ходьбы при достаточной мышечной силе и сохранности движения рук и ног в положении лежа. Генерализованные судорожные, т.н. большие истерические, припадки в настоящее время

редки. Чаще наблюдаются легкие формы изолированных судорог, которые ограничиваются определенной мышечной областью, например, судороги шейных и затылочных мышц, судороги дыхательной мускулатуры, судорожный кашель, отдельные миоклонии. Сюда относятся т.н. координаторные профессиональные неврозы, например, писчий спазм, судорога машинисток, пианистов, телеграфистов и т.д. Собственно двигательные расстройства у них многообразны и могут быть сведены к трем видам: 1) паретическая форма (с преобладанием утомляемости, вялости); 2) спастическая (с преобладанием явлений гипертонуса, ригидности и функциональными контрактурами); 3) дискинетическая (с дрожанием или более выраженными дис- и паракинезиями, которые резко усиливаются при попытках выполнения целенаправленных действий). Обычно эти двигательные расстройства сопровождаются патологическим ощущением вялости, слабости, напряжения, дискомфорта или более мучительными болезненными явлениями в соответствующих мышцах, достигающими иногда степени болевой обездвиженности Мёбиуса (akinesia algera Moebius's)

В отличие от сенесто-ипохондрического синдрома с функциональными двигательными расстройствами при данном состоянии отсутствуют массивные патологические ощущения (сенестопатии, нарушения мышечного чувства и схемы тела), а также выраженная сверхценно-ипохондрическая настроенность больных.

23. НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ 023. 0

Этим шифром кодируются невротические синдромы, которые изменяются таким образом, что функциональные сексуальные расстройства, присущие им в нерезко выраженной степени, или приобретают отчетливо сверхценный характер, или выступают на передний план, создавая тем самым видимость самостоятельного патологического состояния. К такого рода расстройствам относятся общие для обоих полов значительное снижение полового влечения; выраженное нарушение эрекции и эйякуляции у мужчин, аноргазмия, дизоргазмия и вагинизм у женщин и пр.

24. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СТРАХИ У ДЕТЕЙ 024. 0

Данным кодом обозначается психопатологически неоднородная группа. Это прежде всего состояние безотчетного страха, возникающее преимущественно в ночное время, особенно при внезапном пробуждении. Страх сопровождается возбуждением, криком, плачем, мимикой ужаса, вегетативными реакциями. Содержание ночных страхов мало дифференцировано. Кратковременные ночные страхи могут сменяться более продолжительными с сохранением страха на дневное время. С появлением индивидуальной рассудочной переработки реальных событий появляются страхи темноты, одиночества вместо характерных для грудного возраста инстинктивных страхов резких звуков, утрата опоры и т.п. Патологические страхи у детей характеризуются большой неадекватностью, проявляясь пугливостью и опасением уже знакомых предметов, окружающих людей (боязнь какого-либо одного предмета, например, грузового лифта, меха, насекомых и т.д.).

От подобных состояний необходимо отличать, с одной стороны, страхи, имеющие более осмысленной и длительный характер, которые чаще всего проявляются в форме страха смерти и ипохондрических опасений, а с другой стороны, - остро возникающие состояния страха, сопровождающиеся зрительными и элементарными слуховыми галлюцинациями, возбуждением и бессонницей, которые больше соответствуют рудиментарному бредовому состоянию взрослых.

25. ТИКИ И ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАВЯЗЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ 025. 0

Тики характеризуются нерегулярным возобновлением непроизвольных и бесцельных движений в одном мускуле или в функциональной группе мышц (усиленное моргание, шмыгание носом, сопение, гримасничанье, подергивание плечами и т.п.). Другая часть невольных движений приобретает вид более сложных мимических или иных двигательных актов, сопровождающихся переживанием их чуждости. В таких случаях они квалифицируются как навязчивости, которые больные могут на некоторое время затормозить усилием воли, однако скоро чувствуют себя вынужденными совершать их

вновь (однообразные повторяющиеся движения в виде поглаживания волос, подергивания плечами и головой, одергивания одежды и пр.).

Элементарные двигательные автоматизмы (тики) и собственно двигательные навязчивости[1] сопровождаются ощутимым расстройством мышечного чувства, которое однако вследствие своей неотчетливости, неопределенности с большим трудом описывается пациентами посредством образов и сравнений как что-то мешающее и неудобное.

Психопатологическую картину этого синдрома дополняют стертые дистимические явления, а иногда - рудиментарные идеи отношения сензитивного типа, содержание которых связано с сознанием своей ущербности по сравнению со сверстниками. В других случаях на базе первичных сомнений, опасений, фобий развиваются вторичные навязчивые движения, имеющие характер символической защиты (двигательные ритуалы), что свидетельствует о большей прогредиентности заболевания.

26. ПОЛИМОРФНЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ 026. 0

Этим кодом обозначаются сложные невротические синдромы, которые вследствие полиморфизма не могут быть идентифицированы с каким-либо одним из них.

27. НЕУТОЧНЕННЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ 027. 0

---

1) В раннем детском возрасте тики и двигательные навязчивости психопатологически трудно различимы.

СИНДРОМЫ СВЕРХЦЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

28. СВЕРХЦЕННАЯ ДИСМОРФОФОБИЯ. . . 028.0

Определяющей при этом синдроме является убежденность больного в преувеличенно-отрицательном значении какого-либо его реального физического недостатка или отправления физиологических функций (урчания в животе, слишком громкого глотания и т.п.). Эти переживания обычно характеризуются выраженной эмоциональной удрученностью и стремлением путем физических упражнений, диетических ограничений исправить эстетический изъян, поскольку больные считают, будто окружающие замечают и соответствующим образом оценивают этот недостаток. В соответствии с таким содержанием наблюдается повышенное внимание к собственной внешности, фигуре, пристальное рассматривание себя в зеркало. Характерен пониженный фон настроения. В отличие от бреда физического недостатка (дисморфомании) сверхценная дисморфофобия имеет в своей основе объективный физический недостаток, не сопровождается витальными симптомами и сензитивными бредоподобными идеями, наконец, не достигает степени одержимости идеей. В отличие от навязчивой дисморфофобии (часто наблюдаемой в рамках ананкастного состояния), сверхценная идея воспринимается больным как собственная естественная реакция на реально существующий недостаток.

Критическая оценка переживаний становится доступной лишь при снижении уровня эмоциональной насыщенности. Наблюдается чаще всего в подростковом и юношеском возрасте.

29. СВЕРХЦЕННАЯ ДИСПСИХОФОБИЯ. . . . 029. 0

Этот синдром определяется выраженным преувеличением больным тяжести и возможных последствий реально существующих признаков психического расстройства (нарушение внимания, преходящие провалы памяти, перерывы и остановки мыслей, наплывы и параллелизм мыслей и т.д.). Эти переживания, приобретая для личности характер абсолютной непри-

емлемости и непримиримости, сопровождаются дистимическим фоном с чувством напряженности, постоянным обостренным вниманием к своим процессам мышления и памяти. Характерно стремление больных скрыть истинный смысл своих переживаний, замаскировать их жалобами, которые имеют вторичный характер (например, на страх замешательства при ответах на вопросы, на боязнь заблудиться в знакомом месте или на совершение действий вопреки намеченным, в целом на опасения утраты самоконтроля). Некоторые полагают, что им уже угрожает помешательство, другие боятся внезапно потерять сознание или, если это ощущение сопровождается головокружением, - упасть на виду у всех. Для этого состояния характерен смешанный нерезко выраженный тревожно-депрессивный фон, расплывчатые, трудно поддающиеся описанию неприятные ощущения в голове. Больных отличает пристальное самонаблюдение и самоконтроль, чрезмерная рефлексия и самоанализ, которые приобретают характер раздвоенности самосознания. Сверхценная диспсихофобия как самостоятельный синдром встречается редко, но его отдельные элементы с опасением утяжеления психического заболевания - это довольно частое явление, в первую очередь у пограничных больных. При затяжном течении и безуспешном лечении возможны суицидальные тенденции, которые опасны в более выраженных или острых случаях маниофобии. В отличие от диспсихофобии при обсессивно-фобическом синдроме, которая чаще возникает пароксизмально, затяжные сверхценные идеи психической неполноценности в широком смысле переживаются как собственные; они наличествуют почти постоянно и редко сопровождаются эпизодами страха.

30. СВЕРХЦЕННАЯ ИПОХОНДРИЯ..... 030.0

Этот синдром определяется выраженным преувеличением больными тяжести (опасности) реально имеющегося заболевания или каких-либо его признаков. Сопровождается беспокойством за последствия существующего соматического расстройства, тревогой. В связи с этим нарушения функций внутренних органов и сопровождающие их неприятные ощущения и боли воспринимаются больными как указание на

тяжесть и опасность болезни, нередко как угроза самому существованию, т.е. все то, чего на самом деле нет. Например, боли и функциональные расстройства при ишемической болезни сердца, при гастрите или язвенной болезни желудка толкуются как уже наступивший инфаркт миокарда, как предрак или рак.

Другой вид сверхценной ипохондрии, как правило, тоже обнаруживается в общемедицинской практике, но встречается гораздо чаще, чем первый. При втором виде собственного поражения органа нет, а есть отчетливые расстройства функции (нарушения ритмичности, частоты деятельности сердца, например, пароксизмальная тахикардия, изменения моторики, секреции желудочно-кишечного тракта, дискинезии и т.д.). Такого рода вегето-сосудистые расстройства, обусловленные центрально, не сопровождаются отчетливыми патологическими ощущениями и витально-дистимическими нарушениями, как это отмечается при сенестопатических и обсессивно- фобических синдромах. При данном виде внутренняя картина синдрома всецело характеризуется утрированной, преувеличенной оценкой функциональных расстройств, которые в сознании больных связываются с поражением внутренних органов, чего на самом деле нет, несмотря на отчетливое нарушение их функций. Из-за выраженной озабоченности нарушенной функцией органов больные настойчиво стремятся к обследованию с целью принятия срочных мер.

В отличие от бредово-ипохондрического синдрома сверхценные ипохондрические идеи становятся доступными критической переоценке больными при профессиональном психотерапевтическом воздействии. В отличие от сенесто-ипохондрического синдрома здесь отсутствуют сенестопатии. При наличии последних в сочетании со стойкими идеями мнимой болезни синдром следует кодировать как бредово-ипохондрический, а в случаях сочетания сенестопатий с неотступными страхами и поисками того или иного заболевания - как нозофобический в рамках обсессивно-фобических состояний.

31. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ ПОГРАНИЧНОГО ТИПА 031. 0

Это состояние является самостоятельным клиническим вариантом дисморфофобии. Как и дисморфофобия возникает чаще всего в подростковом или юношеском возрасте, причем преимущественно у женщин. Ведущим симптомом является страх излишней полноты, который приводит на первых порах к самоограничению в еде, а в затяжных случаях - к голоданию. Поведение характеризуется противоречивостью и стремлением в процессе трудной борьбы с собой предостеречь или избавить себя от лишнего веса. Избыточной полноты чаще всего нет. Опасение больных находится в соответствии с принятым "модным" воззрением на полноту, однако значение последнего для себя лично пациентами переоценивается.

Помимо ограничения приема пищи, главным образом калорийной, больные начинают изнурять себя физическими упражнениями, прибегают к употреблению противоаппетитных средств и т.д. При этом возникает своеобразная амбитендентность "есть или не есть" со страхом перед едой. Патологическое состояние отчасти поддается психотерапевтической коррекции.

32. НЕОБЫЧНЫЕ АУТИСТИЧЕСКИЕ ИНТЕРЕСЫ И ИГРЫ У ДЕТЕЙ. ФАНТАЗИИ СВЕРХЦЕННО-БРЕДОВОГО ХАРАКТЕРА 032. 0

Данное состояние обычно наблюдается у детей дошкольного и младшего школьного возраста и характеризуется стремлением детей задавать одни и те же отвлеченные вопросы необычного содержания, не свойственные детям этого возраста.

Сюда же следует относить состояния особых и необычных, не встречающихся у здоровых детей интересов к сложной технике, вопросам мироздания, астрономии и т.д. Иногда отмечается повышенный интерес к коллекционированию и т.п. Сюда же входят и необычные игры в одиночку, с аутистическим характером переживаний. Собственное творчество

больных происходит несколько механически, стереотипно, чаще с отгороженностью от окружающих и во многом лишено игрового значения.

Этим же кодом могут быть определены состояния патологического фантазирования, связанные с повышенным вооображением для детского возраста. Патологическое фантазирование, в отличие от нормального фантазирования здоровых детей, характеризуется утратой прочности связи с реальным миром. У них как бы исчезает грань между реальным и фантастическим, больные дети не сразу и с трудом отграничивают реальное от воображаемого. Аутистические фантазии полностью поглощают сознание ребенка, они захватывают его, он неохотно с ними расстается, порой даже отстаивает и борется за воображаемый мир, в котором он живет и который для него приобретает большую реальную значимость.

НЕРЕЗКО ВЫРАЖЕННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

33. ПРОСТАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 033. 0

Это состояние характеризуется гармоничным сочетанием нерезко выраженных компонентов депрессивной триады: печального настроения, идеаторной и моторной заторможенности.

Больные жалуются на душевные страдания - печаль, грусть, которые сопровождаются неприятными ощущениями стеснения, тяжести в груди, чаще всего в предсердечной области, но возможны и в других частях тела. Снижение подвижности, живости ассоциативного процесса и моторных функций переживается в понятной связи с подавленностью настроения. Имеется наклонность к пессимистической оценке и представлению о собственной малоценности. Представление о безнадежности отсутствует, но иногда отмечается чувство безотчетной виновности и безысходности.

34. АСТЕНИЧЕСКАЯ СУБДЕПРЕССИЯ . . .034. 0

Этот синдром характеризуется двумя чертами: 1) наличием чувства необъяснимой усталости, общей соматической слабости и 2) сниженным фоном настроения, при котором вместо тоски (грусти) выступает на первый план вялость, апатия с чувством своего бессилия, утраты прежней энергии и активности, что находится в полном соответствии со снижением психической и физической продуктивности.

В отличие от витально-астенического синдрома, основным признаком данного состояния является наличие угнетенного настроения как основного переживания, на которое жалуются больные, так же как и на снижение жизненного тонуса, слабость любых волевых усилий и непременно усиливающуюся усталость от каких-либо попыток преодолеть это состояние той или иной деятельностью.

35. ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 035. 0

В отличие от простой субдепрессии подавленное настроение и пессимистический характер переживаний сочетаются с чувством собственной психической неполноценности, проявляясь подчеркнутой нерешительностью и постоянной склонностью к сомнениям в правильности своих поступков. Возможно преобладание одного из видов психастении: 1) тревожной мнительности, 2) истинной амбивалентности. Для первого характерна патологическая подозрительность воображаемой опасности там, где ее на самом деле нет (наступление болезни, неудачи в своих начинаниях и т.д.). Для второго - трудность принятия решений из-за мучительных одновременно возникающих доводов "за" и "против". При этом и другом виде возникает неуверенность в себе, робость, повышенный самоконтроль и постоянные перепроверки своих решений и действий.

Поэтому инициатива больных психастенической депрессией становится источником мучений. При данном виде депрессии явления идеаторной и моторной заторможенности не выражены, а настроение всегда угнетенное с чертами беспокойства за свое здоровье и за состояние дел, которые они обязаны выполнить.

36. ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 036. 0

Характеризуется переживанием тоски, беспокойства, тревоги, связанных с представлением какого-то неопределенного заболевания, угрожающего здоровью или самому существованию. Содержание этой угрозы может относиться к физическому существованию, например, при канцерофобии, либо к психическому существованию (сумасшествие, психический распад). Психопатологической основой синдрома является глубокое расстройство самочувствия с яркими патологическими ощущениями. Они не приобретают признаков галлюцинаций общего чувства, в отличие от бредово-ипохондрического синдрома; здесь так же нет интерпретативной ипохондрической системы, отсутствует убежденность в на-

личии конкретного тяжелого заболевания. Имеется опасение и впечатление утраты здоровья и угрозы существованию, которые колеблются вместе с расстройством самоощущения и остаются доступными разубеждению. Спонтанных жалоб на расстройство настроения пациенты не предъявляют и нередко отрицают его при прямом расспросе.

Тревога, беспокойство и подавленность переживаются и оцениваются ими как понятная, "естественная" (т.е. мотивированная) реакция на угрозу здоровью и мучительное самочувствие. Как и при сенестопатическом синдроме, здесь широко представлены массивные патологические ощущения, однако на первом плане имеются смешанные аффекты тоски и тревоги, связанные с представлениями об утрате здоровья и угрозе существованию. В соответствии с этим поведение больных мотивировано стремлением к предотвращению возможной угрозы существованию, а не только к избавлению от мучений. Характерно стремление к обследованиям, установлению диагноза болезни, консультациям у врачей разных специальностей.

37. ТРЕВОЖНАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 037.0

Определяется смешанным аффективным состоянием, в котором преобладает безотчетная тревога. Больные жалуются на тоску, тревогу, беспокойство, которые переживаются одновременно либо в форме поочередного преобладания одного из этих аффектов. Эти аффекты сопровождаются чувством внутреннего беспокойства, напряжения в сочетании с неопределенными тягостными ощущениями в груди, которые часто сравниваются с ощущением вибрации, волнения, дрожи или термическими ощущениями. Тревога немотивированная, беспредметная может, однако, связываться с опасениями за свое психическое состояние, а в дальнейшем за благополучие близких или собственное.

В отличие от простой субдепрессии представляет собой смешанное состояние; здесь отсутствует идеаторная и моторная заторможенность, напротив, более характерно оживление этих сфер. Однако уровень этих расстройств неглубок, и видимые проявления их могут контролироваться.

38. АНЕСТЕТИЧЕСКАЯ СУБДЕПРЕССИЯ......038. 0

Определяется переживанием тягостного душевного бесчувствия с утратой способности радоваться и печалиться. По сравнению с простой субдепрессией основной аффект здесь носит неопределенный и внутренне противоречивый характер. Больные жалуются не на снижение настроения, но скорее, на отсутствие его, мучительное бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa). Идеаторный и моторный компоненты депрессии также представлены неравномерно; при углублении мучительного бесчувствия может иногда возникать двигательное беспокойство с явлениями ажитации, как и при тревожной субдепрессии. Сами пациенты на физическое самочувствие не жалуются, но при расспросе отмечают наличие неопределенных тягостных ощущений, которые чаще всего носят анестетический оттенок и сравниваются с чувством одеревянения и пустоты в груди и голове.

39. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 039. 0

Этим кодом обозначается состояние, в котором переживания собственной измененности (см. деперсонализационно-дереализационный синдром) сопровождаются выраженным, мучительным чувством угнетенности, тревоги, беспокойством и пессимистической оценкой своего состояния, в первую очередь, в отношении психической полноценности. Иногда больные жалуются на то, что утратили способность понимания элементарных вещей, ничего не знают и не могут делать. Вследствие этих расстройств пациенты производят ошибочное впечатление слабоумных и тупоумных (псевдодементное оформление депрессии). В отличие от истинного слабоумия, указанные явления обратимы и проходят вместе с депрессией.

Все деперсонализационные депрессии несут определенный суицидальный риск, который возрастает в связи с тем, что они зачастую выражены в стертой форме и плохо распознаются. Для них характерны суточные колебания с преобладанием адинамии, опустошенности и подавленности по утрам и тревоги во вторую половину суток.

40. ДЕРЕАЛИЗАЦИОННАЯ СУБДЕПРЕССИЯ 040. 0

Основой этого состояния является сочетание депрессии с выраженными явлениями дереализации (см. деперсонализационно-дереализационный синдром). Больные жалуются на подавленность, угнетенность, вялость, отрешенность от окружающего, чувство одиночества. Им свойственна пессиместическая оценка перспективы. В отличие от синдрома деперсонализадионной субдепрессии в данном состоянии на первом плане находятся переживания измененности восприятия внешнего мира, которые перекрывают расстройство самосознания (т.е. деперсонализацию). Больные жалуются на субъективное чувство измененности восприятия окружающего, которое переживается как тусклое, серое, обесцвеченное, утратившее яркость и живость. Иногда при этом отмечают отдаленность, "оторванность" от внешнего мира, который воспринимается словно через стекло, туман, "как во сне". Звуки доносятся как через вату. Иногда пациенты жалуются, что плохо понимают речь окружающих. Сознание субъективности этих изменений, их условный характер ("как будто") отличает этот синдром от сходных синдромов бредовой структуры. Это состояние также содержит суицидальный риск.

41. АДИНАМИЧЕСКАЯ (АПАТИЧЕСКАЯ, СУБДЕПРЕССИЯ 041. 0

Характеризуется ощущением бессилия, немощи, безволия в сочетании со снижением настроения и побуждений, двигательной вялостью. Больные жалуются на "отсутствие настроения", сонливость днем и бессонницу ночью, "отсутствие стимула к жизни", "все им приходится делать через силу". Собственно пониженное настроение выявляется только при специальном расспросе, в этом состоянии не выражено или слабо выражено чувство тоски. Основные расстройства проявляются главным образом в двигательной сфере и, как правило, сочетаются с волевыми и идеаторными нарушениями. Больные выглядят равнодушными, безучастными к окружающему.

42. ПРОСТАЯ ГИПОМАНИЯ 042.0

На первый план в этом состоянии выходит равномерное оживление трех основных сфер: настроения, ассоциативного процесса и движений. Больные чрезмерно веселы, шутливы, оптимистичны, у них особенно хорошее и бодрое самочувствие вплоть до блаженства, повышается мнестико-интеллектуальная деятельность и творческая активность в сочетании с умеренной многоречивостью. Деятельность пациентов остается достаточно целенаправленной и продуктивной. Соматовегетативные расстройства не выражены (за исключением укороченного сна). Отмечается тенденция к переоценке собственных возможностей и способностей. Характерно оживление влечений. Пациенты обычно чувствуют и считают себя здоровыми.

43. ГИПЕРСТЕНИЧЕСКАЯ ГИПОМАНИЯ ... 043. 0

В этом состоянии повышение аффекта выражено слабо в сравнении с активизацией целенаправленной деятельности, которая приобретает оттенок сверхценности. Физическая неутомляемость сочетается у больных с ощущением физического благополучия, прилива сил, неистощимости, что создает основу и возможность выполнения объема работы, в несколько раз превышающей их обычные возможности. В то же время такая продуктивная деятельность, в отличие от простой циклотимной гипомании, характеризуется однобокой гипербуличностью.

44. ЧАСТАЯ СМЕНА ГИПОМАНИАКАЛЬНЫХ И СУБДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С КРАТКИМИ РЕМИССИЯМИ 044. 0

Данным названием определяются состояния, при которых субдепрессивные и субманиакальные фазы чередуются с непродолжительными интермиссиями или ремиссиями. Фазы могут длиться от нескольких часов до нескольких дней или дольше.

45. НЕПРЕРЫВНАЯ СМЕНА ГИПОМАНИАКАЛЬНЫХ И СУБДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ (тип "continua")...045. 0

Синдром характеризуется непрерывной сменой субдепрессивных и гипоманиакальных состояний без светлых промежутков.

46. ПРОЧИЕ НЕУТОЧНЕННЫЕ НЕРЕЗКО ВЫРАЖЕННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА 046.0

ВЕГЕТАТИВНО-СОМАТИЧЕСКИЕ ИЛИ МАСКИРОВАННЫЕ СУБДЕПРЕССИИ

Психопатологическая картина данных состояний в своем ядре соответствует ипохондрической субдепрессии, но дополняется ярко выраженными сомато-вегетативными функциональными расстройствами. Последние адресованы к разнообразным соматическим системам и, проявляясь в едином комплексе с патологическими ощущениями, создают тот передний план состояний, за которым собственно аффективные нарушения не сразу видны, замаскированы. Поэтому их и называют маскированными, или ларвированными, депрессиями.

Дальнейшая дифференциация маскированных депрессий приводится по преобладающим и наиболее часто встречающимся нарушениям анатомо-физиологических систем.

47. СУБДЕПРЕССИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМАХ 047.0

Это наиболее частый тип маскированных депрессий. В соматической практике они квалифицируются в основном как вегето-сосудистые или нейроциркуляторные дистонии, поскольку этот тип депрессии сопровождается колебаниями сосудистого тонуса и соответствующими жалобами (головокружение, головные боли, боли в области сердца, в конечностях и т.д.). Собственно субдепрессия выражается тревожно-дистимической картиной различной глубины с выраженной озабоченностью болезненным состоянием и с постоянным опасением утяжеления серьезного, по мнению больных, сосудистого заболевания мозга, сердца или легких. Характерно частое, но кратковременное обострение этого субдепрессивного фона раптусами с припадками страха в виде танатофобии (кардиофобия, инсультофобия, страх удушья). Раптусы в сочетании с функциональными нарушениями церебрально-сосудистой, сердечно- сосудистой, дыхательной деятельности (гипо-, гипер- и дистония, транзиторная аритмия, пароксиз-

мальная тахикардия, кардио-аритмии синусового и экстрасистолического типа, функциональные ЭКГ-сдвиги, нарушение глубины, частоты и ритма дыхания и т.п.) имитируют приступы грудной жабы, инфаркта миокарда, мозгового тромбоза, инсульта, бронхиальной астмы. Внутренняя картина с соответствующими соматическими жалобами проявляется преимущественно в зоне проекции какой-либо одной из указанных анатомо- физиологических систем или обеих вместе. Приступы с чувством нехватки воздуха, неполноты вдоха чаще всего наступают вместе с патологическими ощущениями внутри груди, в области сердца.

48. СУБДЕПРЕССИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ 048. 0

Данный вариант по структуре собственно депрессивного аффекта мало чем отличается от предыдущего. Незначительное отличие заключается в большем удельном весе дистимических оттенков, а также в большей продолжительности транзиторных раптусов, имитирующих картину "острого живота". Функциональные соматические нарушения и жалобы выступают в основном под видом многообразных дискинезий: спазмы глотки и пищевода с ощущениями затруднения прохождения пищи, приступообразные болевые ощущения в различных частях живота, диагностируемые как дискинезии толстого и тонкого кишечника, желчных путей. При меньшей выраженности алгического оттенка сенестопатий типично ощущение чего-то лишнего, постороннего, мешающего в той или иной части живота. Объективными методами исследования могут устанавливаться спастические, атонические или дискинетические явления в желчных путях, пузыре, желудке, кишечнике, вследствие чего ошибочно диагностируют гастрит, спастический колит и прочие болезни полости живота.

49. СУБДЕПРЕССИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ 049. 0

Данный синдром является одним из наиболее частых среди маскированных депрессий. На передний план в его клинической картине выступают патологические ощущения и функциональные двигательные расстройства, возникающие преимущественно в опорно-двигательной системе. В отличие от аналогичного сенесто-ипохондрического синдрома (№ 15), здесь имеют место явные аффективные расстройства, проявляющиеся своеобразной дистимией, в которой представлены элементы аффективного напряжения, тревоги и одновременно бессилия, "разлаженности", немощности. Переживания тоски и тревоги тесно связаны с патологическими опасениями развития опасного заболевания опорно-двигательной системы, угрожающего параличами, скованностью, инвалидностью.

Сенестопатии здесь имеют в основном гомономный характер, напоминая органические, неврологические боли и парестезии; расстройства схемы тела редки и являются сравнительно простыми и эпизодическими. Нарушения мышечного чувства также носят невыраженный и преходящий характер. Среди двигательных расстройств наиболее частыми являются "синдром беспокойных ног, рук", акатизия и болевая обездвиженность Мебиуса (akinesa algera, Moebius'a). Могут отмечаться также тики, вздрагивания, блефароспазм, приступообразные или постоянные ощущения общей или локальной мышечной слабости с нарушением равновесия, подергивания в разных группах мышц.

Данное состояние имитирует патологию опорно-двигательной системы, в связи с чем нередко ошибочно расценивается в качестве органического заболевания этой системы.

50. ДИСТИМИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КОМПУЛЬСИВНЫХ ВЛЕЧЕНИЙ 050.0

Эти состояния характеризуются преимущественно двумя видами атипичных депрессивных явлений. При первом типе преобладают явления тревожности и подавленности, которые

сочетаются с тщательно скрываемыми представлениями о собственной малоценности. Эта внутренняя картина депрессии, внешне почти незаметная, переживается подчеркнуто мучительно с постоянным поиском избавления от тягостного чувства и многочисленными попытками его приглушения посредством сильнодействующих лекарственных средств или внешних переключений на экстраординарные поступки и действия.

При втором типе явления тягостной возбужденности, раздражительности сочетаются с неприязнью к окружающему, порой с убежденностью больных, что в переживаемом ими плохом самочувствии виновны другие люди.

Как правило, тягостно-мучительные переживания и того и другого типа не открываются даже самым близким людям и далеко не всегда выявляются при психопатологическом обследовании, так как окружающие и врачи обращают внимание в первую очередь на фасадную, внешнюю сторону отклонения в поведении. Между тем, на этой внутренней картине скрытых аффективных нарушений и развивается широкий круг влечений компульсивного характера: дипсомания, токсикомания, клептомания, пиро- и пориомания, одержимое стремление к азартным играм и т.д.

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

51. ПРОСТАЯ ДЕПРЕССИЯ 051. 0

Это гармонический вариант депрессивных состояний с глубоким угнетением основных компонентов триады – аффективного, идеаторного, двигательного. Больные подавлены, с застывшим выражением грусти, печальным взглядом, малоподвижны. Характерны поникшая согбенная поза, тихая, замедленная речь, жалобы на тоску, отсутствие сообразительности, замедленность и бедность мыслей или отсутствие их, снижение памяти. Тоскливость, особенно глубокая в утренние часы, сопровождается тягостным болезненным ощущением в груди, реже в эпигастрии, голове или любой другой части тела (признаки витальности). Собственное тело кажется отяжелевшим или, наоборот, неощущаемым, будто отсутствующим. Окружающий мир нередко воспринимается потускневшим, звуки, запахи, цвета приглушенными, вкус притупленным или полностью утраченным. Больные самоуничтожительно оценивают свою личность и способности, умоляя или отрицая все положительное, говорят о чувстве вины и высказывают необоснованные идеи виновности (первичные идеи виновности). Иногда они укоряют себя в действительных, но безобидных проступках, бездеятельности, особенно в том, что крайне затрудняют жизнь близким и всем окружающим, считая все это своей тяжкой виной (вторичные идеи виновности). Будущее представляется им мрачным, лишенным радости и смысла. Они не видят перспективы жизни. Суицидальные тенденции проявляются разнообразно – от неконкретной суицидальной настроенности до серьезных попыток самоубийства. Обычно отмечаются задержки стула, нарушения сна, потеря аппетита, снижение либидо и потенции.

52. ДЕПРЕССИЯ БРЮЗЖАЩАЯ, УГРЮМАЯ (так. наз. "СТАРЧЕСКАЯ") 052. 0

Эти депрессии характеризуются мрачным, угрюмым оттенком настроения, известной отрешенностью, резиньяцией, общей пессимистической оценкой настоящего и будущего, иног-

да отвращением к жизни. Подавленное настроение сочетается с раздражительностью, недовольством, ворчливостью, эгоцентрическими претензиями, неприязненным отношением к окружающему. При этом больные говорят о безнадежности своего состояния, о сниженном настроении и даже о тоске. Иногда одновременно имеются черты вялости, апатии. В ряде случаев больные высказывают идеи материального ущерба. Идеи самообвинения и виновности часто отсутствуют. Подобного рода депрессии наблюдаются в старческом возрасте (у больных старше 70 лет) главным образом при поздних (старческих) меланхолиях, а также при депрессиях органического (сенильно-атрофического) генеза (Э.Я. Штернберг, Г.К. Молчанова, М.Л. Рохлина).

53. ДЕПРЕССИЯ РЕАКТИВНО-ОКРАШЕННАЯ, РЕАКТИВНАЯ 053. 0

Возникает в связи с психотравмирующими переживаниями, ситуационными моментами или затяжными конфликтами, характерными для позднего возраста (изменение жизненного уклада, материальные трудности, утрата близкого человека, одиночество и т.д.), тематически связана с этими переживаниями. Сравнительно часто наблюдаются неглубокие, но иногда затяжные реактивные депрессии в начальных стадиях церебрального артериосклероза или при тяжелых соматических заболеваниях. Они представляют собой личностную реакцию больных на заболевание и ощущаемую несостоятельность. (Э.Я. Штернберг, Г.К. Молчанова, М.Л. Рохлина).

54. ТРЕВОЖНАЯ ДЕПРЕССИЯ 054. 0

Данный тип депрессии характеризуется преобладанием тревоги и ажитации, отсутствием моторной заторможенности. Тоскливый аффект-на втором плане, иногда больные вообще не жалуются на тоску. На первом плане - тревога, часто безотчетная, напряженное ожидание катастрофы. Больные не в состоянии сидеть на месте, в легких случаях просто ходят из угла в угол, в более тяжелых - мечутся по палате, рвут на себе волосы и одежду, стараются разбить голову о стену, хватаются за окружающих, умоляют о помощи или о

том, чтобы их убили. На высоте расстройств может возникнуть состояние меланхолического раптуса. В крайне тяжелых случаях движения и высказывания больных становятся стереотипными: больные раскачиваются на койке, заламывают руки, повторяют одно и тоже восклицание (тревожная вербигерация). Чрезвычайно часты суицидальные попытки, которые порою предпринимаются больными прямо на глазах персонала без каких-либо маскировок своих намерений.

Для данного состояния, в отличие от депрессивно-параноидного синдрома, не является характерным развитие чувственного бреда депрессивного содержания и бреда интерметаморфоза. Если последний выражен достаточно, то синдром следует квалифицировать как депрессивно-параноидный.

55. ДЕПРЕССИВНЫЙ СТУПОР 055. 0

Это состояние проявляется выраженным двигательным оцепенением вплоть до полной неподвижности с мутизмом. Депрессивный ступор является выражением сочетания глубокого депрессивного аффекта и заторможенности и, как правило, сопровождается упорным отказом от пищи. Характерен внешний облик больных с застывшей маской глубокого страдания, скорбным взглядом широко открытых, немигающих глаз. Больные выглядят старше своих лет. Отмечаются выраженные сомато-вегетативные нарушения, типичные для депрессий (сильная сухость слизистых, кожи, длительные запоры и т.д.),

56. ДРУГИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) НЕБРЕДОВЫЕ ДЕПРЕССИИ 056. 0

Включаются депрессивные состояния, дальнейшая дифференциация которых затруднена.

57. МАНИАКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ 057. 0

Характеризуются резко повышенным настроением, психомоторным возбуждением и ускорением ассоциативных процессов. Больные крайне активны, легко возбудимы, строят много планов, они весьма деятельны, но с большой отвлекаемостью на внешние раздражители. У них часты идеи пе-

реоценки своих возможностей, своей личности. С ухудшением состояния деятельность больных теряет целенаправленный характер, становится беспорядочной, нарастает двигательное возбуждение, усиливается отвлекаемость, вплоть до гиперметаморфоза. При усилении маниакального состояния возбуждение нарастает. При этом в ответ на любые замечания и запрещения больные становятся крайне раздражительными, злобными (гневливая мания). При углублении злобно-раздражительного аффекта и резком усилении психомоторного возбуждения говорят о "неистовой" мании. При особом ускорении ассоциативно-идеаторных процессов и выраженной отвлекаемости говорят о "мании со скачкой идей". При сверхизменчивости внимания больные оказываются неспособными долго удерживать впечатления, их суждения становятся хаотичными, а речь соответственно разорванной ("спутанная мания").

В некоторых случаях маниакальных состояний двигательная активность преобладает над интеллектуальной ("непродуктивная мания") или аффект повышенного настроения приобретает форму крайней восторженности, экзальтации и экстаза, что в сочетании с оживленностью, возбуждением приобретает форму "экзальтированной мании". В это же состояние включаются маниакальные состояния с сенильноподобными чертами, обычно наблюдаемыми у больных старше 70 лет. В этом состоянии благодаря нелепо-дурашливому поведению больные напоминают дементных больных, что не наблюдается по миновании данного состояния. Мания у стариков может протекать со спутанностью, помрачением сознания, речевой бессвязностью на высоте приступа и последующей амнезией (Штернберг Э.Я. и др.).

58. СМЕШАННЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ 058. 0

Характерным для этих состояний является одновременное сочетание черт, свойственных как маниакальному, так и депрессивному синдромам. В широком смысле сюда входят такие синдромы как "заторможенная мания", депрессия с ускоренным течением представлений, депрессия с отсутствием психомоторной заторможенности, "ворчливая деп-

рессия", "депрессия с раздражительностью" и т.п. Однако при определении шифра следует отдавать предпочтение какому-либо одному синдрому – мании или депрессии как более типичным, определяющим состояние больного в целом. Пользуются данным шифром лишь в случаях, когда безусловное отнесение больного к какому-либо одному состоянию – депрессии или мании – затруднительно.

59. НЕПРЕРЫВНАЯ СМЕНА ДЕПРЕССИВНЫХ И МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ 059. 0

Синдром характеризуется отсутствием светлых промежутков между фазами, когда мания переходит непосредственно в депрессию, а депрессия – в манию. Возможны лишь послабления проявлений в момент смены фаз или возникновения в тот период смешанных состояний. Этим же кодом определяются сдвоенные фазы.

60. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ 060. 0

Данным кодом обозначается синдром, который является преимущественно аффективным, но ни к одной из предыдущих подрубрик отнесен быть не может.

61. ДЕПРЕССИЯ С БРЕДОМ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ 061. 0

Главное отличие этого состояния от так наз. "чистых" депрессий заключается в наличии "истинного бреда преследования. Необходимо отличать депрессивные идеи преследования и осуждения от истинного бреда преследования, присущего данному состоянию. Если при депрессивном бреде преследования и осуждения больные убеждены, что против них выступают честные люди с целью справедливого возмездия за их "преступления", то при истинном бреде преследования больные уверены, что против них действуют преступники, в то время как сами они являются невинными страдальцами. В таком состоянии отсутствуют галлюцинации, автоматизмы, бред инсценировки, ложные узнавания. Возможны лишь акоазмы, оклики. Довольно часто отмечаются вербальные иллюзии.

62. СИНДРОМ ТРЕВОЖНО-БРЕДОВОГО НАСТРОЕНИЯ 062. 0

Проявляется в двух крайних вариантах. Первый вариант характеризуется тем, что на фоне депрессивного аффекта у больных возникает тревога с ощущением внезапной непонятной измененности внешней обстановки, с неопределенным предчувствием наступающей катастрофы, какого-то драматического или трагического события. Больные отмечают необычность в поведении окружающих, движении транспорта, голосе диктора по радио и т.п. Все приобретает странный, необычный, непонятный, какой-то загадочный смысл. Настроение характеризуется перемежающейся изменчивостью от внутреннего напряжения до тревоги и страха, при наличии последнего наступает выраженная растерянность. Из физиологических функций в первую очередь нарушается сон.

При втором варианте депрессивный аффект перерастает также в безотчетную тревогу, но с чувством измененности не внешней обстановки, а внутреннего мира больного.

При этом у больного остро возникают неопределенные, но крайне тягостные диффузные ощущения во всем теле, в голове, которые уже своей необычностью, интенсивностью вызывают страх соматической катастрофы, внезапной гибели от глобального крушения состояния физического здоровья. Сон, аппетит и другие витальные функции резко нарушаются. Настроение меняется от тревожного ожидания с напряжением до панического страха. Представления о какой-то определенной болезни нет.

63. ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ 063. 0

Относится к числу сложных синдромов, где наряду с аффективными расстройствами, обычно сочетающимися с тревогой и ажитацией, имеется и бред, структура и фабула которого носят депрессивный характер с идеями обвинения и наказания. Больные мечутся в тревоге, слышат, как все вокруг осуждают их, проклинают, готовят страшную казнь. Непосредственная ориентировка в окружающем наделена бредовым смыслом (к примеру, больной, будучи в психиатрическом стационаре, убежден, что находится в тюрьме, "замаскированной" под больницу, или в судебном учреждении с наблюдателями, которые выдают себя за медперсонал и т.п). Смысловое восприятие окружающей обстановки расстроено, но признаков клинического помрачения сознания в целом нет. Существенным проявлением описанного синдрома является бред интерметаморфоза (инсценировки), сочетающийся с вербальными иллюзиями, ложными узнаваниями.

64. ДЕПРЕССИВНАЯ (МЕЛАНХОЛИЧЕСКАЯ) ПАРАФРЕНИЯ 064. 0

При этом состоянии бред виновности и возмездия, гибели, отрицания приобретает характер глобальности, фантастичности, достигая степени мегаломанического нигилистического бреда. Характерно тотальное расстройство самосознания с переживанием превращения в персонажи, воплощающие мировое зло (тип Агасфера), в животных, в неживую материю, например, камень (метаболический бред, бред метамор-

фоза). Больные убеждены, что их вина, греховность безмерно велики, из-за них гибнет весь мир, вселенная. Иногда переживания приобретают противоречиво-абсурдный характер, когда больные утверждают, что мир погиб, его уже нет, их самих нет (собственно-нигилистический вариант синдрома Котара), или что тело их пустое, внутренности сгнили, окаменели (ипохондрический вариант бреда Котара). При некоторых вариантах больные утверждают, что они духовно не погибают, а напротив, остаются в вечном бессмертии, обреченные на нескончаемые мучения.

65. ДЕПРЕССИЯ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМ БРЕДОМ 065. 0

Характеризуется выраженным чувством болезни, аффектом тоски и тревоги с непоколебимой убежденностью в тяжелом неизлечимом конкретном заболевании. От паранояльно-ипохондрического синдрома данное состояние отличается выраженным расстройством самоощущения своего здоровья с наличием сенестопатий. В отличие от ипохондрической субдепрессии, идея болезни в этом состоянии обладает признаком полной убежденности в ней больного.

66. ГАЛЛЮЦИНАТОРНАЯ ДЕПРЕССИЯ . . . 066. 0

Синдромы этого типа определяются сочетанием депрессивного и тревожного аффекта с явлениями вербального галлюциноза или псевдогаллюциноза, которые выступают на передний план и тем самым перекрывают имеющиеся при этом бредовые переживания. Галлюцинаторные переживания носят "неотступный" характер, чаще депрессивного содержания. Они довольно однообразны, больные слышат как их бранят, обвиняют во всевозможных преступлениях, грозят карой, расправой. Иногда депрессия, в дополнение к указанным расстройствам, на время приобретает тревожный характер.

67. СИНДРОМ МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВОГО НАСТРОЕНИЯ 067. 0

На фоне маниакального аффекта с экстатическим оттенком возникает ощущение внезапной собственной измененности, изменения внешней обстановки, обычно с неопределенным чувством предвосхищения какого-то радостного, необычайного события, перемены собственной судьбы. Больные отмечают необычную измененность в поведении и настроении окружающих, ускорения движения людей и транспорта, особую приподнятость и торжественность в интонациях дикторов, усматривают особый смысл в сообщениях средств массовой информации. Все приобретает странное, какое-то благожелательное, но еще непонятное значение. Одновременно возникает ощущение измененности своего тела - его необычайной легкости или силы, появляются отрывочные идеи собственной значимости. Сон расстроен вплоть до полной бессонницы. Аппетит и особенно жажда либо резко повышены, либо угнетены. Иногда возможны вкрапления структурно противоположного полюса аффективности с переживанием неясной угрозы.

Состояние редко наблюдается в стационаре, квалифицируется больше со слов больных, обладающих способностью к самонаблюдению. Обнаруживается также при обратном развитии маниакально-бредового синдрома.

68. МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВОЙ СИНДРОМ 068. 0

В этом состоянии больные при отчетливом повышении настроения как бы по-новому понимают все происходящее вокруг них, освещенное чем-то благожелательным, праздничным. Больные убеждены, что совершают какие-то значительные поступки, коренным образом изменяющие внешний мир в лучшую сторону. Они ощущают себя необычайно талантливыми, способными, счастливыми. Соответственно этому речь больных-патетическая, многозначительная, они поют, декламируют. Выражено психомоторное возбуждение, в деятельности исчезает определенная целенаправленность. Возможны псевдогаллюцинаторные вербальные наплывы с представлением о мысленном, гипнотическом влиянии на окружающее.

Возникают многообразные ложные узнавания - все непрерывно меняется, разыгрывается, как при инсценировке. Иногда больные при этом переживают эпизоды "озарения".

69. ОСТРАЯ МАНИАКАЛЬНАЯ ПАРАФРЕНИЯ 069. 0

Данное состояние характеризуется преобладанием в клинической картине фантастически-параноидных расстройств, протекающих на фоне повышенного настроения и явлений идеаторного психического автоматизма с непостоянными вербальными псевдогаллюцинациями, обычно трудно выявляемыми. Бред может быть различным по содержанию: фантастические идеи величия, изобретательства, реформаторства, знатного происхождения и т.п. Бред всегда отличается острым чувственным характером, не имеет тенденции к систематизации и всегда сочетается с выраженными аффективными расстройствами. Фантастичность бреда и изменчивость его фабулы по мере развития синдрома нарастают, бред начинает сопровождаться ложными узнаваниями, иллюзиями, приобретает антагонистическое содержание (борьба вокруг больных двух партий, положительное и отрицательное воздействие и т.п.). Больные считают себя мифическими и историческими героями, разведчиками, богами, святыми.

Характерны переживания экстаза, счастья, яркие, образные, аффективно окрашенные признаки психического автоматизма. Иногда наблюдается преобладание конфабуляторных явлений.

70. ГАЛЛЮЦИНАТОРНАЯ МАНИЯ 070. 0

Это состояние характеризуется сочетанием маниакального аффекта с вербальным галлюцинозом или (чаще) псевдогаллюцинозом. "Голоса" имеют "информирующий" характер; больные слышат похвалы или осуждение, сообщения о своем предназначении или преследовании и т.п. В этом состоянии больные нередко пассивны и часто говорят, что узнают обо всем только от "голосов"; тем самым лежащие в основе бредовые идеи носят характер галлюцинаторной информации. Двигательная активность обычно значительно менее выражена.

71. СМЕНА АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ 071. 0

Включает те случаи, когда вслед за маниакально-бредовой картиной наступает депрессивно-бредовая либо наоборот.

72. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ 072. 0

Этим кодом отмечены аффективно-бредовые состояния, дальнейшая дифференциация которых затруднена, например, когда на фоне смешанного аффективного расстройства возникают устойчивые антагонистические виды бреда (величине с одновременным преследованием).

БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕЗ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

73. СОСТОЯНИЕ "МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ" 073. 0

Данный синдром включает состояния рудиментарной паранойяльности. Для больных в этом состоянии наиболее характерно увлечение различными вариантами философских учений (собственно "метафизическая интоксикация"). Однако, нередко имеют место увлечения сложнейшими проблемами биологии и психологии, причем чаще лицами, не имеющими для этого необходимой подготовки. Встречаются также неадекватное "изучение" теории и истории искусства, литературы. Больные занимаются составлением бессистемных выписок, причем с одержимостью, захватывающей все содержание их жизни.

Увлечения эти носят чаще монотематический характер. Обычно "теоретические" построения больных не имеют научных оснований, идут вразрез с общепринятыми взглядами, зиждутся на второстепенных, а то и псевдонаучных данных соответствующих отраслей знаний. Больные обнаруживают живейший интерес ко всякого рода непризнанным научным направлениям. Сюда относятся упорные банальные разработки религиозного мировоззрения или системы общественного переустройства. При более глубоком поражении сверхценные занятия подчас приобретают нелепый характер: заучивание слов из энциклопедии, составление формул мышления, графиков жизни и т.п. Больные оценивают свои "теории" очень серьезно, убеждены в их ценности и полезности, однако чаще всего не стремятся к их осуществлению. В основе таких расстройств отмечается повышенная самооценка с одновременным высокомерным отношением к окружающим, которое постепенно обрастает малой доступностью, сопровождаясь все углубляющимся аутизмом. Деятельность больных становится малопродуктивной.

Синдром "метафизической интоксикации" необходимо отличать от похожих непатологических состояний возникновения особых интересов при пубертатных сдвигах, при которых различные увлечения имеют, во-первых, летучий характер,

во-вторых, больше обуславливаются внушаемостью и подражанием, в-третьих, не достигают степени сверхценной одержимости.

74. БРЕД ПРИТЯЗАНИЯ И СЕНЗИТИВНЫЕ ИДЕИ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО ХАРАКТЕРА 074. 0

Характерным для этих случаев является монотематичность содержания, аффективная окрашенность, доминирующий характер бредовых идей (больные полностью "одержимы" ими), а также психологическая "понятность" бреда. Содержанием бреда в данном синдроме чаще всего бывают: идеи реформаторства, ипохондрические, сензитивные, касающиеся первичного комплекса неполноценности, любовные, ревности и т.д., часто с сутяжным поведением.

Этим же кодом следует обозначать дисморфоманию паранойяльного характера - уверенность в наличии физического недостатка (уродливое строение тела, внутренних органов и неправильные отправления организма), которая сопровождается представлением, что об этом известно окружающим, и связанными с этим отрывочными идеями отрицательного отношения.

Между аффективным фоном и содержанием бреда имеется известное соответствие; бред ревности, ипохондрический, сензитивные идеи негативного отношения чаще всего сочетаются с тревожной субдепрессией, а бред сверхценного притязания, изобретательства, любовный сопровождается обычно атипичным стертым гипоманиакальным аффектом с активностью и настойчивостью в достижении своей цели и осуществлении желаний.

75. ПАРАНОЙЯЛЬНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ................ 075. 0

Определяется разработанной, не соответствующей реальности системой взглядов, толкований о причинах, происхождении, развитии серьезного заболевания (которого на самом деле нет). В центре такой концепции обычно находится идея тяжелой болезни, угрожающей жизни или социальному благополучию, обычно это - тема неизлечимых заболеваний

(например, канцеромания) или венерических болезней, считающихся наиболее постыдными (сифиломания). В практике профпатолога нередко встречаются аналогичные состояния, в центре которых стоит аффективно насыщенный комплекс с идеей возникновения заболевания вследствие профессиональной вредности со стремлением добиться компенсации или ренты (сутяжно-паранойяльный вариант синдрома).

Завершенные формы синдрома (с аффективным оживлением, с гиперстенией и экспансивным ипохондрическим поведением) обычно встречаются в практике РПНД, в общемедицинской сети чаще наблюдаются стертые, абортивные варианты этого синдрома. При них не выражено стеническое поведение, больные не говорят прямо о диагнозе болезни, скорее они склонны скрывать свои бредовые идеи. Стеничность выражается в настойчивых обращениях к врачам, упорном и обстоятельном предъявлении жалоб, требовании обследования и лечения. Парадоксальные мотивы такого поведения объясняются пациентами тем, что их "болезнь" будто бы очевидна для врачей или станет таковой в результате обследования, на котором они настаивают, "врач должен догадаться сам". Порой парадоксально-противоречивое поведение мотивируется убежденностью, что врачи "знают о неизлечимой болезни", но скрывают по разным причинам, например, чтобы не огорчать больного. В основе таких бредовых систем лежат толкования патологических ощущений и функциональных сомато-вегетативных расстройств, а также конкретных прошлых событий, которым придается значение несомненных доказательств признаков болезни. Патологические ощущения имеются всегда. Последние бывают представлены как мимолетными "осциллирующими сенестопатиями" (Г.А. Ротштейн, 1961), так и выраженными и диффузными сенестопатиями.

В отличие от ипохондрической депрессии, при паранойяльно-ипохондрическом синдроме нет выраженной подавленности с переживанием безнадежности и отчаяния и, напротив, нередко имеется аффективное напряжение с тревогой, стеничностью и поведением, направленным на обследование и признание врачами "болезни". Цель такого поведения - добиться оперативных или других лечебных мер с целью спасения. Возможность критического отношения к своему психическому состоянию и патологической идее болезни исключа-

ется (нозомания). В отличие от параноидно-ипохондрического синдрома, патологические ощущения при данном состоянии не приобретают признака предметности и сделанности, т.е. не трансформируются в галлюцинации общего чувства.

76. ПАРАНОЙЯЛЬНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 076. О

Представляет собой самостоятельный клинический вариант предыдущего синдрома. В отличие от него ипохондрический бред здесь является толкованием не только сенестопатий, но также массивных нарушений мышечного чувства, схемы тела и функциональных двигательных расстройств. Содержание бреда определяется развитой ипохондрической системы взглядов о серьезном заболевании (чаще всего опорно-двигательной системы), угрожающим обездвиженностью. Довольно характерными являются логические противоречия, например, между грубо механистическими представлениями о болезни ("разрывы", "окостенение" или "растворение костей") и стремлением к психическому, волевому ее преодолению и лечению. Патологическая сенсорная основа бреда здесь выражена особенно ярко. Сенестопатии имеют вычурный характер, расстройства схемы тела и мышечного чувства отличаются сложностью и упорством. Нередки переживания мнимых движений в конечностях - галлюцинации мышечного чувства (по К. Ясперсу). Двигательные расстройства имеют сложный характер и нередко вовлекают большие участки тела. Здесь доминируют непроизвольные статические или динамические моторные феномены. Они представлены, например, функциональными контрактурами, образующими сложные, нередко вычурные патологические позы, транзиторными насильственными движениями корпусом или конечностями, тремором всего тела, приступами катаплексии. Эти нарушения, как правило, весьма мучительны, сопровождаются постоянным волевым противодействием, больные находятся в непрерывной "борьбе с самими собой".

Произвольные двигательные нарушения также массивны, проявляются в основном болевой обездвиженностью (akinesia

algera, Moebius'a) Последняя, в отличие от таковой при соответствующих сенесто-ипохондрическом синдроме и ипохондрической депрессии (№ 15, № 49) определяется не только страхом перед мучительностью ощущений, но также бредовыми представлениями об угрозе разрушения опорно-двигательного аппарата "при неосторожном движении" (позы, зависящие от содержания идеи, по П. Жане).

Функциональные двигательные расстройства при данном состоянии имитируют патологию опорно-двигательной системы, в соответствии с чем часто неверно расцениваются в общемедицинской практике как заболевания этой системы, чаще всего остеохондроз позвоночника.

77. ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ БРЕД С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 077. 0

В отличие от других паранойяльных синдромов, бред в этом состоянии развивается быстрее, но не сопровождается столь яркой, как при остром параноидном состоянии бредовой напряженностью, глубокими монополярного и биполярного характера аффективными расстройствами и растерянностью. Развивающаяся бредовая система не обнаруживает тенденции к длительному развитию и детализации содержания, но всегда сопровождается аффективными расстройствами. Депрессия обычно протекает с преобладанием вялости, жалобами на утомляемость, потерю жизненного тонуса со слезливостью, однако, без отчетливого витального аффекта тоски и выраженной идеаторной заторможенности. Гипоманиакальный аффект характеризуется повышенной деятельностью, говорливостью, раздражительностью и гневливостью. Несмотря на повышенный фон настроения, чувство благополучия, довольства обычно не отмечается.

Если на высоте развития синдрома наблюдается растерянность, тревога, а затем острый интерпретативный бред, то его следует определять как острый паранойяльный (№ 81), если же появляются признаки острого бредового восприятия с особым смыслом явлений и предметов внешнего мира, симптомами психического автоматизма, а также явлениями интерметаморфоза и т.п., то весь синдром определяется как острый бредовой (№ 82).

78. НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ ПСИХОТИЧЕСКОГО ТИПА 078. 0

Это состояние, как правило, представляет собой последующий этап анорексии пограничного типа. Первоначальные расстройства с опасениями излишней полноты исподволь, незаметно перерастают в идеи наличия непомерной полноты фигуры, тела и его веса, чего на самом деле нет. Предпринимаемые ранее меры в ограничении еды больным кажутся недостаточными. В двойственной изнурительной борьбе, диктуемой, с одной стороны, одержимым желанием похудеть, а с другой - чувством голода, заставляющим порой намеренно много есть, больные начинают вызывать искусственную рвоту, ставить клизмы и подвергать себя истощающим физическим нагрузкам. В этом состоянии имеется полная некоррегируемая убежденность в наличии излишней полноты (или тенденции к ней) даже в тех случаях, когда дело обстоит совсем наоборот (больные на самом деле выглядят худыми и продолжают прогрессирующе худеть). Бред по своему содержанию приобретает все более необычный характер. Больные, например, избегают принимать пищу в присутствии людей и днем. В то же время во время приступов голода, преимущественно ночью, они поглощают огромное количество еды. К соматическим симптомам бредовой анорексии относится аменоррея, запоры и резкое похудание. В связи с этим первичную (идиопатическую) анорексию следует дифференцировать с симптоматической, например, развившейся при болезни Симмондса.

79. СТОЙКИЙ ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ БРЕД 079. 0

По сравнению с проявлениями сверхценного бреда, для данного состояния характерны больший отрыв от реальности, четкая монотематичность бреда и меньшая выраженность аффективных расстройств, строгая систематизация и детальная разработка бреда. Наряду с основной фабулой (ревности, изобретательства), наблюдаются идеи преследования, которые могут доминировать в структуре синдрома. У ряда больных бредовая система формируется постепенно, у других может возникнуть по типу "озарения" или внезапных мыслей, которые в дальнейшем подвергаются разработке и систематизации. В плане бредовой системы больными интерпретируются поступки, слова окружающих, мелкие не-

значительные события (бред толкования), ею же определяется поведение больного и его взаимоотношения с людьми. Наряду с этим отмечаются вязкость, обстоятельность. Такое состояние чаще всего сочетается с монотонным напряжением аффекта на "больном пункте", а не с тревожно-боязливым беспокойством или эйфорически веселым настроением. В процессе патологического творчества бред постепенно расширяется. Добиваясь "справедливого" решения вопроса, больные постепенно приобщают к числу своих "врагов" все новых людей, пишут бесконечное число жалоб и заявлений, тщательно подшивая и регистрируя свою переписку, ведут многотомные дневники.

По мере течения болезни видоизменение и расширение тематики бреда выражается во все более нелепых и неправдоподобных идеях, но бред всегда сохраняет свой ограниченный систематизированный, "толкующий" характер. Больные, которые раньше принимали только меры предосторожности, становятся теперь на путь активной борьбы с преследователями. Эта активность носит толкующий, "идейный", а не тревожно-панический характер. По мере развития синдрома нарастает и аутизация больных, которые часто живут, сторонясь семьи и родственников, утрачивают работоспособность, становятся все более конфликтными, перестают интересоваться всем, что не входит в круг их бредовых представлений. Нарастает резонерство, чудаковатость и в конце концов бредовая система "расплывается", меняется ее содержание, теряется актуальность.

Паранойяльные синдромы, возникающие в позднем возрасте, характеризуются меньшей степенью разработанности и систематизированности бредовых идей, а также большей конкретностью его фабулы (бред "малого размаха"). Персекуторный бред выражается в идеях отравления, сопровождается иллюзиями в области обоняния и вкуса; наблюдается также бредовая интерпретация различных соматических расстройств.

80. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕЗ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ И ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ 080. 0

ОСТРЫЕ БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

81. ОСТРОЕ ПАРАНОЙЯЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ 081. 0

Для острого паранойяльного состояния характерно внезапное и быстрое (в течении нескольких дней или недель) развитие интерпретативного бреда. По содержанию это чаще всего бред преследования, отравления, ревности, изобретательства ипохондрический и т.д. Таким образом, содержание бреда в этом состоянии может быть таким же, как и при хронически протекающих бредовых психозах. Причем развитие бредовых идей сопровождается выраженной остротой состояния; имеют место аффективное напряжение, растерянность и тревога, элементы бреда значения (острое тревожно-боязливое состояние). Однако в данном случае преобладает интерпретативный бред с быстро выступающей тенденцией к систематизации, не получающей вместе с тем полного завершения. Нередко острое паранойяльное состояние развивается вслед за действием внешних факторов, по типу сверхценных идей, но связь с экзогенными моментами в процессе развития бреда теряется. Галлюцинаций и психических автоматизмов, как правило, не отмечается вовсе или они крайне рудиментарны. Для позднего возраста характерны паранойяльные идеи ущерба и ревности.

82. ОСТРОЕ БРЕДОВОЕ СОСТОЯНИЕ . . . 082. 0

Развивается остро, начинаясь с тревожно-боязливого возбуждения, для которого характерны аффект недоумения, страха, тревожного ожидания какой-то беды, катастрофы, крушения собственного внутреннего или внешнего мира. В самом начале типичны страх сойти с ума или витальный страх за жизнь, крайняя растерянность. Очень скоро или одновременно с этим возникает острый чувственный бред - бред интерметаморфоза, симптом Фреголи. Больной недоумевает, не понимает, что с ним происходит. Считает, что все кругом изменилось: ведется непонятная игра, лица окружающих меняются, некоторые загримированы под знако-

мых, а знакомые – под незнакомых (все меняется как в калейдоскопе). Бредовые идеи разнообразны по содержанию, но не систематизированны, непоследовательны, ярки, образно конкретны. Вся окружающая обстановка воспринимается по-бредовому. В фабуле бреда отчетливо выражен феномен значения, когда все окружающее для больного имеет особое значение, которое, как правило, он относит к самому себе. Встречающиеся в рамках этого синдрома бред воздействия и явления психического автоматизма также остры, непоследовательны, фантастичны, в то же время чувственно конкретны.

Острые бредовые состояния часто наблюдаются как этап в развитии онейроидного синдрома, при наступлении которого уже надо использовать коды онейроидных синдромов. Иногда острые бредовые состояния неправильно квалифицируются как депрессивно-параноидные. Различие заключается в том, что при депрессивно-параноидном состоянии тревога, страх тесно связаны с идеями вины, осуждения и наказания, преследования, уничтожения, гибели. Кроме того, при депрессивно-параноидном состоянии метаболический бред остается продолжительно, знаменуя начальный этап депрессивной парафрении, которой он иногда и завершается.

83. ОСТРЫЙ СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО, ВКЛЮЧАЯ ОСТРЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ 083. 0

При остром синдроме Кандинского-Клерамбо на фоне аффекта страха, чувства тревоги и растерянности развиваются идеи воздействия и овладения. Бред носит несистематизированный характер, отличается аффективной насыщенностью, образностью и остротой. Характерно сочетание бредового восприятия с выраженными явлениями психического автоматизма. Могут быть ложные узнавания, бред интерметаморфоза и отдельные нестойкие кататонические симптомы. Явления психического автоматизма в одних случаях выражаются преимущественно ассоциативно-идеаторными автоматизмами ("психические галлюцинации" Байарже, "псевдогаллюцинации" Кандинского), симптом открытости и т.д, в других –

развернутыми сенестопатическими, сенсорными, моторными автоматизмами, когда больной чувствует себя целиком управляемым. Во многих случаях в картине острого симптома Кандинского преобладают вербальный псевдогаллюциноз, при этом другого вида явления психического автоматизма могут быть менее выражены.

84. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) ОСТРЫЕ БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ . . . 084. 0

ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАНОИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

85. БРЕД ОБЫДЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, СОЧЕТАЮШИЙСЯ С ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ 085. 0

Бред обыденных отношений касается лиц, непосредственно окружающих больного и не выходит за пределы взаимоотношений в семье, с соседями по квартире, с сотрудниками по работе. Его содержание чаще всего определяется идеями преследования, супружеской измены, нанесенного ущерба, отравления. У больных возникает убеждение, что соседи, родственники и т.д. хотят причинить им вред, отравить, "выжить из квартиры", развести с супругом. Больные считают, что родственники или соседи, подобрав ключи, входят к ним в комнату или проникают туда каким-либо другим образом, роются в вещах, портят мебель и одежду, подсыпают отраву в пищу, распускают порочащие слухи. Основанием для отнесения этих состояний к группе параноидных является непременное участие в них галлюцинаторных расстройств и проявлений психического автоматизма. Последние, однако, элементарны и возникают эпизодически. Чаще всего дело ограничивается окликами, вербальными иллюзиями, ощущением присутствия в комнате посторонних, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями. Иногда больной утверждает, что слышит за стеной, как сговариваются враги. Часто, однако, бред обыденных отношений не сопровождается псевдогаллюцинаторными расстройствами, и тогда он определяется как параноидный синдром. Бред обыденных отношений, возникающий в позднем возрасте, обозначают как "параноид малого размаха".

86. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВЕРБАЛЬНЫХ ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ 086. 0

Данное состояние характеризуется наличием вербальных псевдогаллюцинаций и тесно связанного с ними бреда влияния и преследования. При словесных псевдогаллюцина-

циях больные относятся к голосам как к реально существующим, идущим от лиц, духов, богов и т.п., но воспринимают их "внутренним слухом". Нередко "голоса" ощущаются как исходящие из собственного тела, например, из головы, груди, живота. "Голоса" могут восприниматься не только слухом, но и кинестетически (речедвигательные галлюцинации Сегла). О воздействующих аппаратах такие больные говорят реже, чем больные, в состоянии которых преобладает бредовая система. Их объяснения голосов элементарны, а патологические толкования отношения к окружающим они чаще всего скрывают, что говорит и об аутизме, и о диссимуляции. В развернутом синдроме Кандинского-Клерамбо "голоса" сообщают, что именно они вызывают те или иные ощущения, влияют на мысли, управляют деятельностью органов и т.д. Если содержание бреда становится фантастическим, весь синдром определяется как галлюцинаторная парафрения.

87. ПАРАНОИДНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 087. 0

Возникает как последующий этап развития сенестопатически-ипохондрического или паранойяльно-ипохондрического состояния. При этом синдроме неприятные причудливые ощущения в теле расцениваются больными как признаки тех или иных заболеваний, "наведенные" специально со стороны (параноидно-ипохондрический бред). Сенестопатии, приобретающие признаки предметности в рамках данного состояния (галлюцинации общего чувства), свидетельствуют о более глубоком расстройстве психической сферы, когда бред болезни патологически иллюстрируется ссылками на размеры и форму органов, сосудов, их движение, либо на инородные тела (кусок пищи, забытый при операции инструмент и т.п.) и живые существа (бред внутренней зоопатии Дюпре и Леви).

88. СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО С ПРЕОБЛАДАНИЕМ БРЕДА ВОЗДЕЙСТВИЯ ИЛИ ОВЛАДЕНИЯ . . . 088. 0

Это состояние характеризуется преобладанием бредовых расстройств, отрывочных или систематизированных. Доминирующее место занимает бред физического воздействия с

различными вариантами фабулы (идеи преследования, метаморфоза, одержимости, благожелательного воздействия и т.д.). Синдром Кандинского- Клерамбо может быть представлен как отдельными его компонентами, так и всеми видами психических автоматизмов: сенестопатическим, идеаторным, моторным. Эти расстройства, тем не менее, не доминируют в клинической картине. Больные не столько испытывают воздействия, сколько "знают" и говорят о преследователях, которые действуют на них гипнозом, телепатически, с помощью разного рода аппаратов, управляют их мыслями, отнимают память, вмешиваются в физические отправления, говорят языком больного и т.д.

Полное развитие синдрома Кандинского-Клерамбо приводит в некоторых случаях к бредовой деперсонализации, когда больные говорят, что они утратили способность к произвольным психомоторным актам (перестали руководить своими мыслями, чувствами, движениями; стали "как автоматы", управляемые марионетки, механизмы в руках преследователей).

89. ПАРАНОИДНОЕ СОСТОЯНИЕ С ЯВЛЕНИЯМИ ЦИРКУЛЯРНОСТИ . . 089. 0

Иногда при параноидных состояниях аффективные расстройства могут носить циркулярный характер, видоизменяя и соответственно окрашивая клиническую картину, основу которой составляют бредовые расстройства и психические автоматизмы.Эта основа остается неизменной. Однако в приподнятом настроении больные бывают говорливыми, подвижными, иногда экзальтированными, дурашливыми; соответствующий оттенок приобретают и бредовые идеи (отдельные высказывания о собственном величии и большой значимости). Психические автоматизмы, таким образом, сохраняются, однако, появляются соответствующие аффекту новые по содержанию бредовые идеи.

Данный синдром занимает промежуточное положение между бредовыми и аффективно-бредовыми состояниями.

90. РЕДУЦИРОВАННОЕ ПАРАНОИДНОЕ СОСТОЯНИЕ 090. 0

При этих синдромах имеют место все компоненты параноидного состояния, однако они не достигают такой степени выраженности, как при развернутом параноидном состоянии. Параноидное расстройство незначительно влияет на поведение больных. Бредовые идеи обычно скрываются. Такое состояние бывает часто, например, у больных в ремиссии, когда имеет место частичное осознание болезни. Больные по собственной инициативе являются к врачу для динамического наблюдения, проведения поддерживающей терапии и т.д.

91. РЕЗИДУАЛЬНЫЙ БРЕД 091. 0

Данный синдром чаще наблюдается по миновании острого психотического приступа. У больного восстанавливается ориентировка, появляется понимание имевшегося у него болезненного психотического расстройства, однако критика к продуцированным ранее бредовым идеям восстанавливается гораздо позже. Больные сохраняют уверенность в реальности бредового понимания происходившего. Через некоторое время исчезает и это болезненное проявление, к нему также появляется критика, и тогда состояние следует квалифицировать как выздоровление (с дефектом или без такового), если не обнаруживается каких-либо иных процессуальных признаков (аффективных расстройств, сенестопатий, явлений малого психического автоматизма и т.д.). В подобном случае наступившее состояние следует относить к ремиссии. В более редких случаях убежденность в реальности бредовой оценки остается на долгие годы.

92. РЕЗИДУАЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ 092. 0

Так же как и синдром резидуального бреда, это состояние наблюдается после острого приступа, т.е. представляет по существу неглубокую ремиссию, которая характеризуется, во-первых, уменьшением интенсивности галлюцинаций, во-вторых, значительным снижением актуальности галлю-

цинаторно-бредовых переживаний в целом. В этот период, несмотря на продолжающиеся галлюцинации и псевдогаллюцинации, последние мало влияют на поведение больных в быту.

93. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) ПАРАНОИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ...... 093.0

Включаются состояния, дальнейшая дифференцировка которых затруднена.

ПАРАФРЕННЫЕ СИНДРОМЫ

94. РАЗВЕРНУТЫЙ ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ. 094. 0

Данный синдром отличается богатством психопатологического содержания, но основными симптомами, определяющими его являются: 1) фантастический бред величия, часто сочетающийся с бредом иного (чаще высокого) происхождения, ложными узнаваниями и бредом множественных двойников; 2) бред физического воздействия, а также 3) разнообразные явления психического автоматизма, в том числе слуховые, а нередко и зрительные псевдогаллюцинации. Могут также иметь место ложные воспоминания, ретроспективная бредовая оценка прошлой жизни, конфабулез, нередко фантастического характера, повышенный благодушный фон настроения. В отличие от острой парафрении, при данном синдроме ложные узнавания - только особая форма абсурдных идей.

В зависимости от преобладания тех или иных расстройств наблюдаются различные варианты затяжного парафренного синдрома. Если в клинической картине ведущим является систематизированный интерпретативный бред преследования или величия, а синдром Кандинского-Клерамбо слабо выражен, то этот вариант носит название систематизированной парафрении. В других случаях, относимых к галлюцинаторной парафрении, в клинической картине бред мало систематизирован, а синдром Кандинского-Клерамбо носит характер псевдогаллюцинаторной информации. Когда же клиническая картина парафренного синдрома определяется доминированием конфабуляторных явлений, сочетающихся с рудиментарными симптомами синдрома Кандинского-Клерамбо, то ее именуют конфабуляторной парафренией. При конфабуляторной парафрении отмечается то приподнятый фон настроения, то мрачно-недовольный с ворчливостью.

Парафренный синдром в старческом возрасте отличается массивностью вербальных галлюцинаций, разграничение которых на истинные и ложные проблематично. При этом больные нередко относят "голоса" к давно умершим род-

ственникам. Нередко присоединяются тактильные галлюцинации. Содержание бредово-конфабуляторных высказываний также черпается из далекого прошлого. Бред имеет иногда выраженные антагонистические черты, представляя собой сочетание фантастических идей величия с идеями материального ущерба, нигилистически-ипохондрическими идеями или одержимостью. Заметное место иногда занимают эротические бредовые идеи.

Для позднего возраста более характерны галлюцинаторная и конфабуляторно-фантастическая парафрения. Последняя чаше возникает на отдаленных этапах течения галлюцинаторной парафрении. В старческом возрасте парафренный синдром нередко переходит в конфабулез.

95. РЕДУЦИРОВАННЫЙ ПАРАФРЕННЫЙ СИНДРОМ.................. 095. 0

Характеризуется неразвернутостью бредовых идей величия (фантастических), отсутствием их систематизации и выраженных симптомов психического автоматизма.

96. ПРОЧИЕ СОСТОЯНИЯ С БРЕДОМ ВЕЛИЧИЯ, ФАНТАСТИЧЕСКИМИ ИДЕЯМИ, В Т.Ч. ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКИЕ 096. 0

Данным видом обозначаются все другие парафренные состояния, не вошедшие в предыдущие рубрики, а также псевдопаралитические синдромы.

ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

97. СЛУХОВЫЕ (ВЕРБАЛЬНЫЕ) ГАЛЛЮЦИНОЗЫ* 097. 0

Вербальные галлюцинозы возникают чаще всего в рамках сложных состояний с бредовыми и аффективными расстройствами. При органических процессах, однако, наблюдаются и более простые, "чистые", в том числе элементарные (в виде акоазмов) и "музыкальные" галлюцинозы. "Голоса" относятся в позднем возрасте обычно к истинным галлюцинациям, они бывают множественные, сценоподобные, устрашающие и, как правило, обостряются в вечерние и ночные часы. По течению различают острые, рецидивирующие и хронические галлюцинозы. Иногда происходит усложнение галлюцинаторного синдрома с развитием фантастического галлюциноза, который в дальнейшем, как правило, переходит в конфабулез. Такое прогредиентное развитие возможно не только при органических психозах. "Чистые", более простые галлюцинозы характерны для органических процессов. Особое место, возможно, занимают возникающие в глубокой старости и обычно протекающие без выраженного бреда вербальные галлюцинозы у тугоухих (так называемые галлюцинозы Шарля Боннэ).

98. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНОЗЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА*......... 098. 0

Встречаются почти исключительно в глубокой старости (75-85 лет). В типичных случаях зрительный галлюциноз начинается с элементарных и обычно "плоскостных" зрительных обманов. Сформировавшийся галлюциноз характеризуется сначала панорамностью, а затем объемностью и при

---

* Синдромы, отмеченные знаком сноски взяты из глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста, составленного Штернбергом Э.Я., Молчановой Е.К., Рохлиной М.Л., Москва, 1971.

этом множественностью, подвижностью и необычайной яркостью зрительных галлюцинаторных образов. В этой стадии частично или полностью утрачивается критика, хотя больной, нередко на всех этапах развития психоза, относится к галлюцинациям как зритель, без чувства страха. Хотя ориентировка в окружающей обстановке и не утрачивается, но синдром в этой стадии становится трудно отличимым от рудиментарного (бодрствующего) делирия. Такой относительно "чистый" галлюциноз обычно не сопровождается бредом или помрачением сознания с амнезией. Он наблюдается нередко, но не исключительно, у слепых (зрительный галлюциноз типа Шарля Боннэ).

СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

99. СИНДРОМ ОГЛУШЕНИЯ* 099. 0

Форма помрачения сознания, при которой отмечается повышение порога восприятия всех видов внешних раздражителей и снижение психической активности. В позднем возрасте часто наблюдается легкая форма оглушения – обнубиляция.

100. ДЕЛИРИОЗНЫЙ СИНДРОМ* 100. 0

Характеризуется ложной ориентировкой в окружающем, наплывом ярких, сценоподобных, главным образом, зрительных галлюцинаций (нередко устрашающего характера), большой изменчивостью аффекта, адекватного содержанию переживаний, и сохранностью самосознания больного, чем этот синдром отличается от онейроидного помрачения сознания. При психозах, протекающих без помрачения сознания, в позднем возрасте могут возникать ночные обострения делириозного характера. Часто отмечается скудность зрительных галлюцинаций, ослабление интенсивности аффективных нарушений. Нередко содержание делирия имеет профессиональный характер или относится к далекому прошлому. Иногда отмечается частичная амнезия перенесенного психоза.

101. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ* 101. 0

Транзиторное расстройство сознания, имеющее резкую границу перехода от ясного сознания к помраченному и обратно. Состояние сопровождается напряженным аффектом (тоски, злобы, экстаза) с острыми бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, наличием последовательных действий, иногда – резким психомоторным возбуждением с агрессией (эпилептиформное возбуждение). Наблюдается полная амнезия пережитого в сумеречном состоянии.

102. ОНЕЙРОИДНО-БРЕДОВОЕ СОСТОЯНИЕ (ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ОНЕЙРОИД) 102. 0

При этом синдроме характерна двойная ориентировка в окружающем: больной знает, что он в палате и, в то же время представляет себе, что находится в другой, часто фантастического вида, обстановке. Такое выраженное сочетание наблюдается редко; обычно речь идет о колеблющейся ориентировке. Больной воспринимает палату и все остальное, как, например, части лунного пейзажа или загробного мира, но сознает это несоответствие не в момент психического расстройства, а после выхода из него. Имеется расстройство сознания и самосознания грезоподобного типа. Поведение и внешний вид больного чаще всего не отражают драматизма переживаний и представлены однообразной мимикой с выражением зачарованности. Существенной чертой ориентированного онейроида является такая же как и при истинном онейроиде фантастичность всех имеющихся расстройств при сохраняющейся способности воспринимать окружающий мир. Следует отметить также большой удельный вес образного бреда с псевдогаллюцинациями и псевдопарейдолиями. Бредовые идеи легко меняют свою фабулу и аффективную направленность, обрастают новыми деталями и оттенками. Часто аффект колеблется от депрессивного с тревогой к эйфорическому с патетикой и экстазом и одновременно с растерянностью. Характерно колебание состояния от полной загруженности фантастическими грезоподобными переживаниями до способности в момент просветления критически оценивать происходящее.

103. ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ (ИСТИННЫЙ ОНЕЙРОИД) 103. 0

Таким образом следует квалифицировать онейроидные состояния, достигающие этапа истинного онейроида, развивающиеся при достаточно выраженной кататонической симптоматике. Истинный онейроид характеризуется сновидным помрачением сознания и тотальным расстройством самосознания, с фантастическим бредом при полной идентификации себя с

теми или иными персонажами. Возникает, следовательно, более глубокое расстройство психики, по сравнению с синдромом ориентированного онейроида, и характеризуется полной поглощенностью сновидными переживаниями с совершенной отрешенностью от реальности и невозможностью установления контакта. Больные малоподвижны, выражение лица застывше-зачарованное, испуганное или одухотворенное в соответствии с содержанием драматических переживаний. Наблюдаются явления каталепсии, напряжение мышц, чаще шеи и верхнего плечевого пояса, вегетативные расстройства.

104. АМЕНТИВНО-КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ 104. 0

Аментивный синдром характеризуется нарушением самосознания, спутанной, но бедной речевой продукцией, беспорядочным возбуждением, которое иногда прерывается ступором, отсутствием целенаправленности движений. Психотические переживания, судя по отдельным бессвязным словам, высказываниям больных фрагментарны. По миновании острого состояния обнаруживается амнезия. В отличие от обычных онейроидных состояний, данная стадия острейшего приступа протекает со значительными соматическими расстройствами - высокой температурой, герпетическими высыпаниями, обезвоженностью организма, покраснением или, наоборот, желчно-серой окраской кожных покровов, ломкостью капилляров, изменениями картины крови, нередко быстро нарастающим истощением (смертельная кататония Штаудера, фебрильная шизофрения).

105. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) ВИДЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ 105.0

Включаются состояния, более точная оценка которых затруднена.

КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Этими кодами определяются стойкие состояния сочетаний кататонических и галлюцинаторно-параноидных расстройств.

106. ОСТРОЕ КАТАТОНО-ПАРАНОИДНОЕ СОСТОЯНИЕ 106. 0

Это состояние характеризуется растерянностью, аффектом недоумения, напряженностью, немотивированной тревогой, чувством страха. Мышечный тонус повышен, особенно в мышцах шеи и верхних конечностей, имеют также место скованность движений, активный негативизм, кратковременные застывания в одной позе, мутизм или гримасничанье, немотивированный смех. Больные беспокойны и суетливы, порываются куда-то бежать, задают неожиданные и нелепые вопросы, в речи отмечаются элементы разорванности, соскальзывания. Больные испытывают эпизодические и более стойкие слуховые галлюцинации, высказывают отрывочные бредовые идеи преследования или могущества. Во многих случаях можно выявить и элементы психического автоматизма с идеями воздействия.

В отличие от онейроидно-кататонического состояния, при данном синдроме помрачения сознания нет.

107. КАТАТОНО-ГЕБЕФРЕННОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, В Т.Ч. С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ 107. 0

Этот синдром характеризуется сочетанием кататонических расстройств с чертами дурашливости и пуэрильности; наблюдается на фоне эйфорического настроения. Больные гримасничают, кривляются. Часто наблюдается выраженное речевое возбуждение с нелепыми высказываниями, плоскими шутками, разорванностью, эхолалией, странным риф-

мованием, вычурными неологизмами, иногда имеют место импульсивные выкрики. Больные хохочут, хихикают, порою кричат, поют, приплясывают; иногда их поведение напоминает движения животных. В целом кататоно-гебефренное возбуждение характеризуется хаотичностью. При нем можно обнаружить отрывочные галлюцинаторно-бредовые переживания и высказывания, носящие нелепый характер.

В отдельных случаях кататоно-гебефренное возбуждение принимает характер карикатурного пуэрильного поведения. Больные держатся как маленькие дети, шалят, дурачатся сюсюкают. При дальнейшем развитии этого синдрома он перерастает в элементарное кататоническое возбуждение. В этом состоянии движения больных напоминают гимнастические упражнения с многократным стереотипным, часто ритмичным их повторением. Двигательное возбуждение может быть ограничено пределами постели и не сопровождается сложными действиями и поступками.

При переходе элементарного кататонического возбуждения в импульсивное больные совершают ряд неожиданных, внешне немотивированных поступков, набрасываются на окружающих, ломают веши и т.д. Импульсивные действия характеризуются своей неожиданностью, быстротой совершения и бессмысленностью. Наряду с двигательными стереотипиями отмечаются эхопраксия, мышечное напряжение.

108. КАТАТОНИЧЕСКИЙ СТУПОР, в т.ч. С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ 108. 0

Этот код используется для обозначения состояний, в которых доминирует глубокая двигательная заторможенность, вплоть до полной обездвиженности. Типичным является принятие однообразных, неестественно-вычурных, нередко эмбриональных поз. Отмечаются симптомы "воздушной подушки", "хоботка", "капюшона". Выражены активный и пассивный негативизм, мутизм, мышечный тонус резко повышен. Нередко возникает симптом восковой гибкости. Выражение лица застывшее, маскообразное. Нередко отмечается накопление слюны во рту, задержка мочеиспускания и дефекации, сальность кожных покровов; часто наблюда-

ется отказ от еды. При тщательном исследовании, иногда с помощью амитал-кофеинового растормożения, удается выявить наличие псевдогаллюцинаций и отрывочных бредовых идей.

109. ЧЕРЕДОВАНИЕ КАТАТОНИЧЕСКОГО СТУПОРА И ВОЗБУЖДЕНИЯ 109. 0

Включает непрерывную смену названных двух состояний.

110. ПРОЧИЕ (НЕУТОЧНЕННЫЕ) КАТАТОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА 110. 0

Включают патологические состояния, дальнейшая дифференциация которых затруднена.

СИНДРОМЫ АМНЕСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

111. СИНДРОМ ЭКСПАНСИВНОГО КОНФАБУЛЕЗА 111.0

Выражается в возникновении изменчивых фантастических мегаломанических конфабуляций, мало связанных между собой, относящихся обычно к прошлому, при негрубых нарушениях памяти и ясном сознании. Настроение, как правило, повышено, расстройство восприятия и бреда не возникает.

Данный синдром встречается как "переходный" при симптоматических психозах, травмах головы и других церебрально-органических поражениях.

В позднем возрасте содержание конфабуляций относится к далекому прошлому больных или носит сказочно-наивный характер.

112. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ 112.0

Характеризуется явлениями фиксационной амнезии (расстройством запоминания) с мнемоническими (замещающими) конфабуляциями или реже - без них. Имеется амнестическая дезориентировка, которая в позднем возрасте часто сочетается со сдвигом ситуации в далекое прошлое. Настроение обычно повышено, реже - понижено. Там, где описанные расстройства проявляются в более "чистом виде", без выраженной деменции, сохраняется сознание болезни корсаковский синдром может быть обратимым. Однако, следует оговориться, что в позднем возрасте даже в этих случаях редко наблюдается полное восстановление психической деятельности. По миновании указанных расстройств остаются обычно признаки органического снижения уровня личности. Необратимый корсаковский синдром наблюдается в рамках органических деменций.

КОНЕЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Синдромы конечных состояний представляют собой относительно стабильные картины, в которых явления сформировавшегося дефекта сочетаются с отчетливой остаточной процессуальной симптоматикой. Они могут сменяться одно другим, представляя позднюю динамику заболевания. От чисто дефектных состояний, остающихся необратимыми, конечные состояния отличаются наличием галлюцинаторных, бредовых, кататонических и др. психотических явлений.

Конечные состояния можно подразделить на две большие группы, причем в последовательности, которая, скорее всего отражает тенденцию к образованию и углублению дефекта: выраженные психотические и редуцированно-психотические конечные состояния; первые – с менее заметным личностным изъяном, вторые – с более отчетливым ущербом психической сферы в целом.

113. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ФАНТАСТИЧЕСКОГО БРЕДА, В Т.Ч. "НОСИТЕЛИ ГОЛОСОВ" 113. 0

Здесь имеются в виду полиморфные, синдромы, обычно возникающие на отдаленных этапах параноидной шизофрении, для которых в первую очередь характерны отрывочные бредовые идеи величия и преследования, имеющие фантастическое содержание, обилие слуховых галлюцинаций и других проявлений психического автоматизма. Расстройства эти сочетаются с отдельными, иногда непостоянными кататоническими симптомами и наблюдаются на фоне выраженного слабоумия. Следует отметить относительную сохранность индивидуальности больных, в отличие от других видов конечных состояний, где больные значительно похожи друг на друга. Регресс психомоторной сферы здесь также выражен менее грубо, достаточно дифференцированными остаются мимические движения. Иногда имеет место выраженная речевая разорванность шизофазического, а не кататонического типа.

114. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВОГО ТИПА, В Т.Ч. С ЯВЛЕНИЯМИ ШИЗОФАЗИИ 114. 0

Конечные состояния, включаемые в данную рубрику, представляют собой сочетание признаков более выраженного шизофренического дефекта со стабилизировавшейся галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Эти состояния наступают нередко вследствие редукции предшествующей парафренической картины. Характерно несоответствие поведения больных содержанию психопатологических расстройств, которые постепенно становятся все более скудными и фрагментарными. Могут отмечаться рудиментарные кататонические расстройства. Внешне поведение больных часто выглядит упорядоченным, и только речевая продукция дает возможность судить о наличии у них слуховых псевдогаллюцинаций и бредовых идей с нелепым содержанием. Речь больных представляется очень характерной и состоит из набора отдельных фраз или разрозненных слов, не связанных по смыслу. При сохранности правильных интонаций и общего грамматического строя речь обнаруживает полную смысловую разорванность. У больных не наступает столь грубого эмоционально-волевого дефекта личности, как у больных с конечным состоянием кататонического круга, и они могут выполнять простую физическую работу.

115. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ СМЕШАННОГО КАТАТОНО-БРЕДОВОГО И КАТАТОНО-ГАЛЛЮЦИНАТОРНОГО ТИПА 115. 0

В данном состоянии имеют место явления синдрома Кандинского-Клерамбо, несистематизированный фантастический бред с вербальным псевдогаллюцинозом. В отличие от кататоно-параноидного состояния (№ 106), преобладают признаки общего регресса речи и поведения. Характерны бессвязность речи с бормотанием, манерность, и двигательные стереотипии, дурашливость и неопрятность. У больных наблюдаются нерезкие аффективные колебания от повышенного благодушно-эйфорического фона настроения к злобному и

дисфорическому. Часто отмечаются и однообразные колебания в клинической картине синдрома в целом. Новые симптомы обычно не появляются, но усиливаются или ослабевают все расстройства, составляющие сложный синдром. У одних больных в основном нарастают кататонические или кататано-гебефренные расстройства, у других - галлюцинаторио-бредовые.

116. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ, СОПРОВОЖДАЮШЕЕСЯ НЕРАЗВЕРНУТЫМИ, РУДИМЕНТАРНЫМИ И (ИЛИ) НЕПОСТОЯННЫМИ КАТАТОНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ 116. 0

При состояниях, относимых к этой рубрике, доминирует снижение активных побуждений и интересов. Больные вялы, бездеятельны, ведут крайне однообразный образ жизни. Подчас их удается вовлечь в простую работу, но выполняют они ее медленно, без заинтересованности, не проявляя инициативы и нуждаясь в активных стимулах со стороны для ее завершения. Речь таких больных монотонна, мало модулированна, без экспрессии; наряду с меткими замечаниями, встречаются и совершенно лишенные смысла отдельные аграмматические предложения. В таких состояниях могут обнаруживаться стереотипные автоматизмы, торпидность, тугоподвижность и малая продуктивность мышления, резонерство, паралогичность и т.д.

Помимо отмеченных изменений, при таких состояниях выражена неуклюжесть моторики (утрата пластичности, выразительности, содружественных движений), диссоциация и бедность мимики, угловатая порывистость движений, иногда - эпизоды заторможенности. Больные часто обнаруживают и немотивированное упрямство в незначительных вопросах: отказываются от еды, от прогулок, но в то же время могут быть пассивно подчиняемы. Обнаруживают двойственность и противоречивость тенденций и поведенческих актов (амбитендентность). Однако такие состояния длятся недолго и оставляют впечатление "странностей" в поведении. Иногда наблюдаются гримасы, улыбки, усмешки без видимой причины. Больные могут громко захохотать или неожиданно для окру-

жающих сделать какое-нибудь резкое, внезапное движение, совершить неожиданный поступок, после которого снова ведут себя правильно (импульсивность). В речи больных, особенно детей, часты нарушения в форме отдельных эпизодов коверкания слов (неологизмов), неуместных рифмований, аллитераций и т.п. У взрослых на первый план иногда выступает иная патология речи. На самый простой и безразличный вопрос больные дают вначале правильный ответ, но чем вопрос труднее и глубже тем больше ответов "мимо"; часто содержание ответов определяется случайными внешними ассоциациями. Каждый вопрос вызывает короткий речевой импульс, который тотчас же иссякает, и поэтому ответы короткие. Иногда даже не получается грамматически правильного предложения, но ответы имеются на каждый вопрос.

117. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ КАТАТОНИЧЕСКОГО АКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА (СТУПОРОЗНЫЕ, СУБСТУПОРОЗНЫЕ, НЕГАТИВИСТИЧЕСКИЕ) 117. 0

Общим для этой группы состояний является выраженный регресс поведения с полной бездеятельностью, безучастностью и беспомощностью. У больных этой группы лицо амимично, с выражением тупости, взгляд пустой, отсутствующий. Полная обездвиженность сменяется однообразными ритмическими покачиваниями туловища, стереотипными движениями головой, конечностями. Отмечается полный или частичный мутизм, эхолалия, тенденция к сохранению приданных поз, эхопраксия, пассивная подчиненность. Больные себя почти не обслуживают, их водят в уборную, часто из-за отказа от пищи они кормятся искусственно. Описанное состояние временами сменяется эпизодами короткого импульсивного или кататоно-дурашливого возбуждения. При тщательном наблюдении у больных можно выявить стереотипные вербальные псевдогаллюцинации и отрывочные, иногда фантастические, отдельные зрительные галлюцинации, а также бредовые идеи абсурдного содержания. У других больных на первый план выступает негативизм; при

настаивании сопротивление возрастает, и даже возможно возбуждение с агрессией. Вся моторика выглядит угловатой, отрывистой, характерна амбитендентность (негативистическая кататония, по К. Леонгарду).

118. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ КАТАТОНИЧЕСКОЕ КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ, ВКЛЮЧАЯ СЛУЧАИ "БОРМОЧУЩЕГО СЛАБОУМИЯ" . . . 118. 0

Этим кодом обозначаются состояния с преобладающим стереотипным двигательным беспокойством, не достигающим степени импульсивного или кататоно-гебефренного возбуждения. У одних больных наблюдается постоянное гримасничанье, в поведении нередко появляются черты детскости с употреблением уменьшительных слов, сюсюканием, дурашливостью, ребячеством. У других отмечается своеобразие гримас и жестов, карикатурно выражающих недоумение, страх, любопытство, смущение, самооборону, которые сочетаются с полной отрешенностью от окружающей обстановки. Эти нарушения выражены непостоянно и могут сменяться кататоническим возбуждением. Имеются больные, у которых наблюдается стремление к бессмысленным прикосновениям к окружающим предметам, стенам, людям, причем стремление к прикосновению, как правило, сопровождаются симптомом гиперметаморфоза.

В данную рубрику включаются также состояния с постоянным речевым возбуждением в виде монотонного и невнятного бормотания, возникающего без побуждения извне ("бормочущее слабоумие", по Э. Крепелину).

У всех больных могут наблюдаться выраженные в большей или меньшей степени негативизм, пассивная подчиняемость, явления восковой гибкости и т.д.

119. КОНЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ ТИПА "РУИНИРОВАНИЯ" 119. 0

Данный синдром представляет собой наиболее тяжелый тип конечных состояний, который наступает преимущественно

при злокачественном течении шизофрении с повторными затяжными кататоно-гебефреническими состояниями.

У больных отмечается застывшая тупая мимика, прерываемая бессмысленной улыбкой или гримасами. Мимика соответствует полному безразличию и безучастию, в том числе по отношению к родным и близким. У больных очень вялая реакция на обращение; на вопросы они не отвечают совсем или же лаконично произносят фразы не по существу, "мимо вопросов". Иногда вслед за этим возникает кратковременный монолог с типичной резко подчеркнутой шизофазической структурой. Последние нередко наблюдаются спонтанно, что свидетельствует о незаконченной процессуальности. Больные целыми днями слоняются без дела по отделению, их не удается приспособить даже к элементарному труду. Их интересы носят чисто растительный характер, реакции связаны с едой. Едят они много, прожорливо, крайне неряшливо, не пользуясь ложкой, порой как животные лакая жидкую пищу и вылизывая посуду, принимая соответствующую позу (синдром одичания).

ТИПЫ ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Типы дефектных состояний представлены в последовательности нарастания необратимых изменений личности, в которых отражена не только количественная (глубина, тяжесть), но и качественная (сплав ущерба, изъяна с компенсаторными психологическими явлениями) сторона.

Характер выявляемых изменений включает, как правило, симптомы, которые относятся не только к каждой из описываемых рубрик, но и к предыдущим. Оценка изменений личности производится по наиболее выраженным и тяжелым изменениям.

120. ЛЕГКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ПСИХИЧЕСКОЙ СЛАБОСТИ 120. 1

В этих состояниях наблюдаются: аффективная лабильность, которая не была свойственна личности ранее, пассивность, пессимистический взгляд на жизнь, утомляемость, слабость концентрации внимания, неуверенность в собственных возможностях. Эти явления наблюдаются постоянно или в ответ на незначительные психогенные воздействия. На первый план выступает умеренное снижение психической активности, выносливости. Данный тип дефекта с нажитой астенией наблюдается на отдаленных этапах течения циклотимных психозов.

121. ЛЕГКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СКЛАДА ЛИЧНОСТИ БЕЗ ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ 121. 2

В таких состояниях больные обычно констатируют неопределенные, недифференцированные изменения, отмечая, что после приступа они стали другими, не такими, как прежде. Это касается либо некоторого заострения прежних индивидуальных черт (нарастание сензитивности, робости, застенчивости - у одних больных или же усиление стеничности - у других), либо появления новых черт, не свойственных

прежде. В последнем случае, например, робкий, неуверенный и стеснительный пациент становится более уверенным, в себе, спокойным, более настойчивым.

При дальнейшем развитии личностных изменений наряду с обострением чувствительности, появляется отгороженность от окружающих с некоторым сужением круга интересов, потерей инициативы в семье, хотя эмоциональное отношение к близким сохраняется. Эти изменения напоминают наиболее легкую степень астеничной (сензитивной) интравертированности.

У лиц, изменившихся в сторону активности, более заметным для близких становится их ригидность, педантизм, инертность психической деятельности, что создает некоторые трудности в привычном жизненном укладе. При втором варианте стенической стигматизации личностное изменение настолько незначительно, что больные не только могут выполнять профессиональные обязанности, но благодаря приобретенной активности могут повышать социальный статус, хотя из-за малой гибкости и недостаточного учета реальной ситуации у них возможны конфликты и срывы.

122. АСТЕНО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ 122. 3

При данном виде дефекта больные уклоняются от длительного напряжения внимания. У них снижаются побуждения, сужается круг интересов, утрачивается прежний уровень инициативы. При попытке внутреннего или внешнего принуждения к активной деятельности они жалуются на повышенную утомляемость и усталость, несмотря на то, что при этом не отмечается истощаемость, а обнаруживается лишь вялость. Иногда у таких больных развивается сверхценная система щажения себя, мотивированная чаще всего опасением возобновления психического расстройства и стремлением сохранить здоровье. Таким образом, астения здесь представляет собой своеобразную форму проявления слабости, уклонения от нагрузок при наличии нежелания, пассивности, что отражает утрату прежней энергетической потенциальности, в силу чего больные избегают всякого физического и психического напряжения. Поэтому это состояние

характеризуется также более выраженными явлениями равнодушия и безразличия. В отличие от апатического дефекта, у таких больных не столь выражено оскудение эмоциональной жизни и побуждений.

123. ПСИХАСТЕНОПОДОБНЫЙ ДЕФЕКТ . . 123. 4

Характеризуется снижением внутренних побуждений, решительности, выдержки и настойчивости. Это сопровождается неуверенностью, колебаниями и сомнениями в принятии необходимых решений, которые могут значительно затруднять в первую очередь ответственную деятельность больного. При легких случаях данного вида дефекта эти лица остаются на прежнем социально-трудовом уровне, но избегают всего нового и непривычного, в результате чего, как правило, их личностный изъян сразу же проявляется. Последний вместе с отчетливыми явлениями амбивалентности может лежать в основе временной дезадаптации. В отличие от соответствующего психопатического типа, данное состояние развивается в результате болезни и включает а себя мягкие специфические личностные изменения: эмоционально-волевую нивелировку, усугубление психэстетической пропорции, аутизм.

124. РИГИДНО-СТЕНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ 124. 5

Характеризуется однобокой повышенной активностью (но не гипертимностью). Для лиц с подобными изменениями свойственны безаффективная настойчивость с педантизмом и скрупулезностью в любой выполняемой работе. Могут проявляться черты психэстетической пропорции Кречмера в форме повышенной ранимости (астенического жала) при наличии присущей им стеничности. Однообразие аффекта и аутизм сосуществуют с псевдоэкспансивностью и псевдоэкстравертированностью, со снижением морально-этических нюансов, тактичности, совестливости и стыдливости. Больные одиноки, необщительны, эгоистичны. В отличие от лиц с астенической аутизацией, отношение к близким у больных с данным типом изменений отличается черствостью и холодной рас-

четливостью. Личности при этом виде дефекта отличаются хорошей социально-трудовой приспособленностью, иногда с повышением профессионального уровня.

125. ДЕФЕКТ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВНУШАЕМОСТИ, ВОЛЕВОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ, БЕСПЕЧНОСТИ . . 125. 6

Для таких больных характерно выраженное снижение активности и инициативы, волевых побуждений, утрата серьезных стремлений, незаинтересованность в собственном будущем, даже в основных важных для больного вопросах. Утрачиваются чувства симпатии, любви, сочувствия, жалости. Наблюдается этическое и эстетическое притупление с потерей чувства стыда, виновности, приличий. Вследствие такого ущерба больные обычно подчиняются своему окружению, подпадая под влияние то модных веяний, то соблазняясь различными асоциальными намерениями. Это нередко приводит к аморальным поступкам и правонарушениям, которые могут поражать своей недальновидностью, порой полным отсутствием собственной выгоды. Такие больные отличаются неспособностью к постоянной и последовательной трудовой деятельности.

126. АУТИЗАЦИЯ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ОБЕДНЕНИЕМ 126. 7

При данном типе дефекта преобладает эмоциональное обеднение личности в сочетании с аутизацией. Больные молчаливы, скрытны, стремления их не выражены и узко направлены. При наличии хороших интеллектуальных способностей у них практически отсутствует интерес к работе и творчеству. Значительно уменьшается потребность контактов с людьми, снижается интерес ко всему происходящему. Больные утрачивают способность правильно оценивать создавшуюся ситуацию, и при снижении чувства сопереживания они не способны найти адекватный способ общения с людьми. В связи с этим поведение таких лиц выглядит беспринципным и непоследовательным, так как

довольно часто их слова и обещания расходятся с делом. Аффективные реакции теряют свою тонкость, адекватность и глубину. Они нередко извращены и не соответствуют силе и значению воздействующих на окружающих ситуационных моментов: незначительные причины вызывают взрыв аффекта, в то время как более важные события отклика не находят. Больные становятся крайне эгоистичными, утрачивают привязанность к близким, нередко бывают тиранами в семье.

127. СВОЕОБРАЗНЫЕ, СТРАННЫЕ, ЧУДАКОВАТЫЕ (ФЕРШРОБЕН) 127. 8

Изменения личности этого типа проявляются, главным образом, в виде вычурности, необычности и неестественности поведения, в наличии странных, оторванных от реальности интересов, увлечений и суждений. Все действия, поступки больных с подобными изменениями характеризуются необычностью, парадоксальностью и схематизмом, несут на себе печать вычурности, "заумности", неадекватности. Этим больным присуща вся странная система взглядов, необычность во всем, "манерность". Они любят порассуждать, их высказывания и умозаключения, с одной стороны, необычны и выспренны, с другой - пусты и ходульны. Наряду с достаточными знаниями, хорошо развитой речью и способностью рассуждать на отвлеченные темы, этих больных характеризует практическая неприспособленность, их суждения по конкретным вопросам и понимание окружающей ситуации наивны. При часто хорошем интеллектуальном развитии эти больные отгорожены от внешнего мира, замкнуты. Они лишены деликатности и дипломатичности, негибки; утрированная правдивость граничит у них с бестактностью и нелепостью, а принципиальность - с абсурдностью.

Иногда они бывают обидчивыми, чувствительными, выражая недовольство недостаточным пониманием, считают себя непонятыми, недооцененными. Им свойственно резонерство и парадоксальное мудрствование с переоценкой своих знаний и способностей.

128. РЕГРЕСС СКЛАДА ЛИЧНОСТИ 128. 9

Регресс склада личности, в первую очередь, характеризуется значительной утратой психической активности и продуктивности, а также глубоким ущербом в сфере интересов и побуждений. Больные не только не приобретают новых, но и теряют старые, приобретенные ранее профессиональные навыки. Трудоспособность их резко снижается, при необходимости какой-либо конкретной работы, даже несложной, они от нее отказываются, ссылаясь на то, что она им неинтересна. Наряду с этим у больных нарастает обеднение облика, моторики и поведения, исчезают гармоничность, координированность и пластичность движений. Характерным является общее огрубление и нивелировка высших человеческих черт, утрата симпатий и привязанностей, исчезновение прежних интересов. Больные выглядят безучастными, равнодушными, неряшливыми. Поведение их крайне однообразно. Они бездеятельны, остаточная трудоспособность может выражаться лишь в элементарной механической работе исполнительного характера. При развитии более глубокого личностного ущерба больные сидят на одном месте или ходят по одному и тому же маршруту, не проявляя ни к чему интереса. Речевая продукция бессмысленна, бедна и однообразна. Дифференцированные аффективные реакции на изменение внешней обстановки или отсутствуют, или отличаются неадекватностью. На фоне общей вялости или апатии иногда контрастно выступает грубая расторможенность и извращенность инстинктивных проявлений (прожорливость, мастурбация, неопрятность, копрофагия).

СИНДРОМЫ ДЕМЕНЦИЙ

129. СИНДРОМ СТАРЧЕСКОГО ОГРУБЕНИЯ ЛИЧНОСТИ 129. 0

Этот синдром выражается, с одной стороны, в заострении некоторых личностных черт, с другой – в чрезмерном развитии ряда "общевозрастных" свойств личности, нивелирующих индивидуальные особенности человека, которым сопутствует негрубое интеллектуально-мнестическое снижение. Заострение черг характера заключается в тенденции к постепенному перерастанию определенных качеств личности в их карикатурные формы (например, твердости – в упрямство, аккуратности – в педантизм, бережливости – в скупость и т.п.). Эти изменения сочетаются с общевозрастными личностными сдвигами в виде 1) снижения психической активности и работоспособности с непродуктивной деловитостью; 2) ригидности психики; 3) нарастания эгоцентризма, сосредоточения интересов на физиологических отправлениях (сон, еда, действие кишечника), обидчивости, ворчливости, неприязни к окружающему, диффузной подозрительности; 4) снижения живости восприятия и аффективного резонанса; 5) на более поздних этапах – снижение дифференцированных форм поведения, такта, расстройства влечений (прожорливость, сексуальные извращения, бродяжничество, собирание хлама).

130. СИНДРОМ ГЛОБАРНОГО СЛАБОУМИЯ 130. 0

Его основные признаки:

1) наличие прогрессирующей амнезии, проявляющейся последовательным стиранием запасов памяти, в первую очередь тех, которые были приобретены последними, и оживлением запасов памяти, относящихся к далекому прошлому. В выраженных случаях происходит распад всех запасов памяти;

2) возникновение фиксационной амнезии, обуславливающей потерю способности к образованию новых условных связей, т.е. к запоминанию, наличие мнестических расстройств

ведет к полной алло- и аутопсихической дезориентировке или даже к ложной ориентировке в месте, времени и окружающих больного лицах;

3) прогрессирующая амнезия и оживление прошлых мнестических запасов приводит в так называемой "жизни в прошлом", сопровождаемой экмнестическими (т.е. заимствованными из прошлого) конфабуляциями, а наличие фиксационной амнезии - к так называемым мнемоническим (замещающим) конфабуляциям;

4) отсутствие не только критики, но даже сознания болезни;

5) преобладание тупо-безразличного, либо беспечно-эйфоричного, либо угрюмо-раздражительного или даже злобного настроения. Синдром наблюдается чаще при сенильных процессах, для которых помимо перечисленных, типичны еще два признака:

а) по меньшей мере на ранних этапах, диссоциация между психическим распадом и некоторой сохранностью привычных внешних форм поведения, значительного запаса речи, сохранностью автоматизированных моторных реакций;

б) "обращенность больных во вне", их говорливость, повышенная откликаемость на происходящие кругом них события, а также их стремление к непродуктивной деятельности.

131. СИНДРОМ ЛАКУНАРНОЙ ДЕМЕНЦИИ 131.0

Ее характеризуют: а) нарушения памяти по дисмнестическому типу, при котором расстройство запасов памяти никогда не достигает степени прогрессирующей амнезии, а расстройства запоминания - степени фиксационной амнезии. Характерным является "неравномерность" поражения мнестических функций, при стирании хронологической ориентации достаточно хорошо сохраняется последовательность событий; при невозможности вспомнить какой- нибудь факт в данный момент больной вспоминает его в другой обстановке;

б) почти всегда может быть обнаружена достаточная степень аллопсихической и аутопсихической ориентировки;

в) не характерны для этих больных сдвиг ситуации в прошлое и экмнестические конфабуляции;

г) как правило, больные выглядят старше своего возраста. Их движения неловки и замедленны. То же самое касается и их речи, в которой почти всегда можно выявить явления дизартрии;

д) больные бывают погружены в себя, что проявляется в отсутствии откликаемости на внешние события и стремления к деятельности;

е) имеется та или иная степень сознания своей психической и особенно физической неполноценности, а нередко даже известная критика.

Чаше всего данный синдром встречается при сосудистой деменции. Для последней характерен также пониженный фон настроения с тревожными опасениями, раздражительностью, легко сменяющейся слабодушными реакциями или с насильственным плачем.

132. АМНЕСТИЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ 132. 0

(Деменция с корсаковским синдромом)

Нередко в связи с ухудшением течения сосудистого процесса, после состояний спутанности, дисмнестический тип слабоумия приобретает характер амнестического. Становится выраженной фиксационная амнезия, появляются конфабуляции, амнестическая дезориентировка и ложная ориентировка (нередко экмнестического характера) на фоне общего оскудения психической деятельности со снижением уровня личности и некритическим отношением к болезни.

133. СИНДРОМ ПСЕВДОПАРАЛИТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ 133. 0

Для этой формы слабоумия характерны благодушие, беспечность или тупая эйфория, двигательная расторможенность и облегчение ассоциаций. Уровень суждений и умозаключений резко снижен, что проявляется, в частности, полным отсутствием критики. Расторможенность низших влечений. Запоминание и запасы памяти обычно сохранены сравнительно удовлетворительно.

Сочетание перечисленных расстройств с дурашливостью или пуэрилизмом позволяет говорить о мориаподобном слабоумии.

Грубые изменения личности, возникающие при этом варианте сосудистой деменции, сближают его с группой глобарного слабоумия.

Указанный тип деменции чаще возникает в среднем возрасте у больных гипертонической болезнью.

Псевдопаралитический синдром вне рамок деменции может встречаться как обратимый, "переходный" синдром при ряде экзогенно-органических психозов.

134. СИНДРОМ ПОСТАПОПЛЕКТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ 134. 0

Характеризуется сочетанием признаков лакунарной (чаще), псевдопаралитической или тотальной деменции с очаговыми неврологическими расстройствами.

135. СЕНИЛЬНОПОДОБНОЕ СЛАБОУМИЕ. . 135. 0

Данный синдром определяет появление огрубения личности, угрюмости, отгороженности, ворчливой раздражительности, недоверия к окружающим, идей ущерба в сочетании с расстройством памяти по дисмнестическому типу и обычно не резко выраженной лабильностью аффекта. Синдром возникает главным образом при начале сосудистого заболевания в старости, безинсультном течении процесса и преимущественном поражении мелких сосудов коры.

136. ГЛОБАРНАЯ ДЕМЕНЦИЯ С АФАТИЧЕСКО-АПРАКТИЧЕСКИМИ И АГНОСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 136. 0

При болезни Альцгеймера центральное место в процессе распада психической деятельности занимают расстройства памяти, протекающие по типу прогрессирующей амнезии, ведущей к полной амнестической дезориентировке и тотальному опустошению запасов памяти. При сохранности некото-

рого чувства измененности относительно рано развиваются и постепенно нарастают такие симптомы, как потеря навыков, расстройства пространственной ориентировки, общая моторная растерянность и суетливость. Закономерно, в разные сроки и в разной последовательности, к прогрессирующей деменции присоединяются афатические (амнестически- сенсорно-афатические, распад моторной речи, логоклонии и насильственная речь, нарушения письма и чтения), апрактические и агностические расстройства. Примерно в одной трети случаев наблюдаются эпилептические припадки.

137. СИНДРОМЫ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ АТРОФИИ МОЗГА (БОЛЕЗНЬ ПИКА) (ТАК НАЗЫВАЕМОЕ "ЛОБНОЕ СЛАБОУМИЕ") 137. 0

В начальной стадии деменции при болезни Пика, в частности, в случаях с преимущественным поражением лобных долей, преобладают изменения личности, то в виде развития псевдопаралитического, так называемого орбитального синдрома с эйфорией, расторможенностью влечений, снижением критики и неправильным поведением, то в виде развития эмоциональной тупости, общепсихической, моторной и речевой аспонтаяности (так называемый синдром выпуклости лобной доли). Интеллектуальные способности поражаются при болезни Пика как бы сверху, в то время как "инструментальные функции" интеллекта, в том числе и память длительно остаются относительно сохранными. В рамках деменции при болезни Пика, как правило, также развиваются афатические расстройства, в частности своеобразное оскудение речи, эхолалия и речевые стереотипии (так называемые стоячие обороты); выраженные апрактические расстройства возникают обычно позднее.

138. СИНДРОМ ХОРЕАТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ 138.0

Синдром деменции при хорее Гентингтона отличается прежде всего относительно медленным темпом прогредиентности,

в силу чего большая часть больных в течение многих лет находится вне больницы, а полная дезориентировка и полная утрата запаса приобретенных знаний наступают редко. Характерно психопатоподобное изменение личности с чертами возбудимости, эмоциональной неустойчивости, черствости. Из-за выраженной неустойчивости внимания больные легко теряют направление и цепь умственной работы, результаты интеллектуальной деятельности в целом бывают крайне неравномерными. В речи встречаются только легкие амнестически-афатические затруднения.

139. ДЕМЕНЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ МОЗГА 139. 0

Психоорганический синдром или синдром выраженной деменции, является в старости довольно часто (примерно в 50% случаев) единственным клиническим проявлением опухолей мозга. В центре клинической картины деменции при опухолях мозга различной локализации находится, как правило, амнестический синдром. Выраженность деменции, возникающей при мозговых опухолях, увеличивается с нарастающим возрастом больных.

140. ПРОЧИЕ ДЕМЕНЦИИ 140. 0

СОСТОЯНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

141. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ В СТЕПЕНИ ДЕБИЛЬНОСТИ И ЛЕГКОЙ ИМБЕЦИЛЬНОСТИ ... 141. 0

Этим шифром обозначается синдром задержки умственного развития с неспособностью к абстрактному мышлению, обобщению, самостоятельному осмыслению ситуации в целом. Больные легко поддаются чужому влиянию. При разумном руководстве могут овладеть несложной специальностью. Речь примитивна, но достаточно развита (у дебилов). Имбецилы способны обучиться лишь простейшему труду.

142. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ В СТЕПЕНИ ИМБЕЦИЛЬНОСТИ И ИДИОТИИ 142. 0

Включают состояния глубокого малоумия с отсутствием речи или косноязычной и аграмматичной речью, отсутствием навыков самообслуживания или, при имбецильности, некоторыми возможностями самостоятельно себя обслуживать.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

143. СИНДРОМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ..... 143. 0

144. СИНДРОМ АБОРТИВНЫХ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ 144. 0

145. СИНДРОМ ОЧАГОВЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ ... 145.0

146. МАЛЫЕ ПРИПАДКИ И АБСАНСЫ 146. 0

147. ПРОЧИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА 147. 0

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВЕГЕТАТИВНО-СОМАТИЧЕСКИЕ ИЛИ МАСКИРОВАННЫЕ СУБДЕПРЕССИИ

АФФЕКТИВНЫЕ СИНДРОМЫ

АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕЗ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

ОСТРЫЕ БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

ХРОНИЧЕСКИЕ ПАРАНОИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ПАРАФРЕННЫЕ СИНДРОМЫ

ГАЛЛЮЦИНОЗЫ

СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

СИНДРОМЫ АМНЕСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

КОНЕЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ТИПЫ ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ

СИНДРОМЫ ДЕМЕНЦИЙ

СОСТОЯНИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Список
опечаток к "Глоссарию психопатологических синдромов и состояний"

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
6	19	скурпулезность	скрупулезность
16	1	(сенесто-ипохондрического, ипохондрической субдепрессии	(сенесто-ипохондрического, ипохондрической субдепрессии)
18	33	эффекта	аффекта
20	32	&CD-9 и в проекте &CD-10	ICD-9 и в проекте ICD-10
27	20	Möcbius's	Möcbius'a
46	17	самоуннчтожнтельно	самоуничижительно
46	18	умоляя	умаляя
56	10	величине	величие
65	37	симптом	симптомом
66	3	симптома	синдрома
90	21	астено-енергетнческий	астено-анергический
112	23	припадок	припадков